# คู่มือบริหารงบกองทุน
# หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554

## การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับ
## ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
## (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว)
## และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# คู่มือบริหาร
# งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
# ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 1

## การบริหารงบบริการทางการแพทย์
## สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
## และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

# คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช


ISBN 978-616-7323-16-9

**พิมพ์ครั้งที่ 1** ตุลาคม 2553

**จำนวน** 15,000 เล่ม

**จัดทำโดย** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
"ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550"
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

**ปก** ธนศักดิ์ โกมโลทก

**รูปเล่ม** วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

**พิมพ์ที่** บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
5/37-41 ถนนรองเมือง ซ. 5 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-214-4660, 02-214-3860 โทรสาร 02-612-4509


สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# คำนำ

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากจุดเริ่มต้นที่มี พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จนถึง ณ ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่พึงได้ในฐานะความเป็นประชาชนไทย ความสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากคือผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้กระบวนการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

คู่มือการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดของการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2554 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วย

เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

เล่มที่ 2 การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือทุกเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข ทั้งยังก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

(นายแพทย์วินัย สวัสดิวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1 ตุลาคม 2553

# สารบัญ


**ส่วนที่ 1**

**การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2554** 3

1. แนวคิดการบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3
2. กรอบงบประมาณงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 6

**ส่วนที่ 2**

**การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) ปีงบประมาณ 2554** 13

1. การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 13
2. การบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 32
3. การบริหารจัดการงบบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ 36
4. การบริหารจัดการค่าบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน 38
5. การบริหารจัดการค่าบริการค่าใช้จ่ายสูง 41
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค 46
   - 6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophillia) 46
   - 6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) 56
   - 6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ 63
   - 6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 67
   - 6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 71
   - 6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 77
   - 6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 82
   - 6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค 88

7. การบริหารยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง 89
7.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) 89
7.2 ยา Clopidogrel 101
7.3 ยา Deferiprone tablet 104
7.4 ยา Oseltamivir สำหรับหน่วยบริการเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 108
7.5 วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 113
7.6 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 128
7.7 ยากำพร้ากลุ่ม Antidote 130
8. การบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป 137
1. การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป 137
2. การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 165
9. การบริหารจัดการค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรมรักษาในเด็ก และทันตกรรมประดิษฐ์ 169
10. การบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 172
11. การบริหารจัดการค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 183
12. การบริหารจัดการงบค่าเสื่อม 190
13. การบริหารจัดการการจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 199
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ 206
15. การบริหารจัดการงบสำหรับส่งเสริมการจัดบริการ และบริการปฐมภูมิ 210
16. การบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (โรคที่มีอัตราตายสูง) 227
17. การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 232
18. การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน 238

## ส่วนที่ 3


**การบริหารจัดการงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2554** 247

1. ยาจิตเวช Risperidone 249
2. งบพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช 254

**ภาคผวก 1** การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2553 260

**ภาคผนวก 1.1** อัตรา Differential capitation สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค P&P-expressed demand service ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 300

**ภาคผนวก 1.2** ประเภทและอัตราราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2554 303

**ภาคผนวก 1.3** หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 352

**ภาคผนวก 2** รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2554 361

**ภาคผนวก 2.1** รายการ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ 363

**ภาคผนวก 2.2** รายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 369

**ภาคผนวก 2.3** แนวทางสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ คนตาบอด 371

**ภาคผนวก 2.4** แนวทางการพิจารณาสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ ปี 2554 375

**ภาคผนวก 2.5** แนวทางการพิจารณาสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ ขององค์กรคนพิการ ปี 2554 378

**ภาคผนวก 2.6** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จังหวัด หนองบัวลำภู และจังหวัดนำร่องอื่น พ.ศ. 2553 381

# ส่วนที่ 1

## การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554

# การบริหาร
# งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
# ปีงบประมาณ 2554

## 1. แนวคิดการบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2554 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณจำนวน 5 รายการ คือ 1) งบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) 2) งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 5) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช[1]

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 กำหนดภายใต้แนวคิดหลักต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2553 เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังนี้

**1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสุขภาพ** โดยให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ กำหนดระบบการจ่ายค่าบริการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการ สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบการบริการในเขตพื้นที่ให้มีการจัดบริการสุขภาพ

[1]ตามร่าง พรบ.งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2554 มีการปรับชื่องบรายการที่ 3 และ 4 ใหม่

อย่างครบถ้วน การคุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามพื้นที่ ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด (สปสช.สาขาจังหวัด) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) และให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางรายการเพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการแก่ประชาชน เช่น ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เป็นต้น

**1.2 การให้ประชาชนได้รับบริการต่อเนื่อง ครบถ้วนอย่างเป็นระบบ** เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดหรือชะลอความรุนแรงของโรค โดยการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ จึงให้มีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Case management of special disease and services) ในโรคที่มีการเข้าถึงบริการต่ำ โรคที่ต้องได้รับบริการเร่งด่วน และโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

**1.3 การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เนื่องจากบริการดังกล่าวต้องมีการบริหารทางด้านอุปสงค์ โดยการกระตุ้นให้มีการใช้บริการมากขึ้น การจ่ายงบทั้งหมดแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการโดยตรงไม่สร้างแรงจูงใจให้มีการบริการบางกิจกรรมเท่าที่ควร ประกอบกับในแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกัน จึงจัดให้มีการจ่ายตามผลงานบริการและการจัดสรรให้กับ สปสช.สาขาจังหวัด/สปสช.เขต/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของชุมชน

**1.4 การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ** เพื่อให้หน่วยบริการมีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเพิ่มผลงานบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรในการให้บริการ จึงมีการจัดงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เฉพาะ การจ่ายงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน และการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้รับและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการประกันว่าประชาชนควรจะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเหมาะสม

**1.5 การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการแพทย์โดยชุมชน

**1.6 การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน** โดย

1.6.1 การสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางรายการให้ สปสช.เขต โดยในปีงบประมาณ 2553 มีการนำร่องในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 9-นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร และในปีงบประมาณ 2554 มีดำเนินการนำร่องต่อเนื่องใน 2 เขตเดิม และเพิ่มเติม สปสช.เขตนำร่องอีกจำนวนหนึ่งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

1.6.2 ลดขั้นตอนในการดำเนินงาน โดยกำหนดให้การบริหารกองทุนในระดับ สปสช.สาขาจังหวัด/สปสช.เขต ถ้ามีแผนงานโครงการใดจะมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐร่วมดำเนินโครงการให้ สปสช. พิจารณาอนุมัติโครงการของหน่วยงานนั้น และใช้โครงการที่ได้รับอนุมัติเป็นหลักฐานการจ่าย โดยไม่ต้องทำข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการก็ได้ แต่ทั้งนี้ เงื่อนไขการจ่ายและการประชาสัมพันธ์ในการดำเนินโครงการ หน่วยงานต้องปฏิบัติตามรายละเอียดที่ สปสช.กำหนด

1.6.3 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้สถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ หรือหน่วยงานมีส่วนร่วมให้บริการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สปสช.กำหนด โดยให้สถานบริการหรือหน่วยงานนั้นทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับ สปสช.

**1.7 รายละเอียดการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554** ให้เป็นไปตามประกาศหรือคู่มือแนวทางปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# 2. กรอบงบประมาณงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554

**2.1 งบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว)**

งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ งบค่าเสื่อมจากการให้บริการ งบช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2554 ได้รับการจัดสรรงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 2,546.48 บาทต่อประชากร[2] ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม สำหรับประชากรผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47,996,600 คน[3]

การบริหารจัดการงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2554 กำหนดกรอบงบประมาณสำหรับบริการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

---

[2] บาทต่อประชากร หมายถึง จำนวนบาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[3] จากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 18 พฤษภาคม 2553 อนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2554 โดยในส่วนงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ได้ที่อัตรา 2,546.48 บาทต่อประชากร ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ 47,996,600 คน และสำหรับค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม ให้ศึกษาวิเคราะห์ถึงวัตถุประสงค์การจ่ายค่าตอบแทน กลุ่มบุคลากรและความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ โดยมีสำนักงาน ก.พ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย และให้สำนักงบประมาณจัดเตรียมวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 จำนวนหนึ่งไว้ในงบกลาง เมื่อได้ข้อยุติแล้ว จึงขอรับจัดสรรงบประมาณต่อไป

| ประเภทบริการ | บาทต่อประชากร |
|---|---|
| 1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป | 795.39 |
| 2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป | 954.72 |
| 3. บริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ | 64.09 |
| 4. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง | 209.45 |
| 5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | 312.50 |
| 6. บริการทันตกรรมรักษาในเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ | 2.25 |
| 7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ | 12.00 |
| 8. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | 6.00 |
| 9. งบค่าเสื่อม | 148.69 |
| 10. งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ | 25.00 |
| 11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการตามมาตรา 41 | 2.68 |
| 12. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ | 0.97 |
| 13. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ | 11.24 |
| 14. งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน | 1.50 |
| **รวม (บาทต่อประชากร)** | **2,546.48** |

**หมายเหตุ** สำหรับปีงบประมาณ 2554 รายการที่ 2 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปเหมือนปีงบประมาณ 2553 และเพิ่มเติมผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ ผู้รับบริการตามมาตรา 7 การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน

### 2.2 งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ครอบคลุมสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาต้านไวรัสฯ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาระบบบริการ ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีความมั่นใจในการรับบริการ ปีงบประมาณ 2554 มีงบประมาณดังนี้

| รายการ | เป้าหมาย (ราย) | งบประมาณ (บาท) |
|---|---|---|
| 1. ค่าบริการ | 152,000 | |
| 1.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส | | 2,356,994,000 |
| 1.2 การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ | | 443,216,600 |
| 1.3 การให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อ | | 133,276,000 |
| 2. การติดตามประเมินผลและพัฒนาระบบให้เกิดผลงานบริการที่มีคุณภาพและได้รับยาต่อเนื่อง | | 64,250,000 |
| **รวม** | | **2,997,736,600** |

### 2.3 งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งครอบคลุมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ตามเงื่อนไขที่กำหนด ปีงบประมาณ 2554 มีงบประมาณดังนี้

| รายการ | เป้าหมาย (ราย) | งบประมาณ (บาท) |
|---|---|---|
| 1. งบค่าบริการ | | |
| 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 15,755 | 3,078,464,000 |
| 1.2 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต (รายเก่าและรายใหม่) | 596 | 121,586,500 |
| 2. งบพัฒนาระบบบริการ | | 26,500,000 |
| **รวม** | **16,351** | **3,226,550,500** |

### 2.4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจังในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นนอกเหนือไปจากการดูแลรักษาที่ได้ดำเนินการ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน(Secondary prevention) ปีงบประมาณ 2554 มีงบประมาณดังนี้

| รายการ | เป้าหมาย (คน) | งบประมาณ (บาท) |
|---|---|---|
| 1. ค่าบริการ 2nd prevention | 2,311,538 | 567,595,000 |
| 2. ค่าพัฒนาระบบบริการ | | 63,000,000 |
| **รวม** | | **630,595,000** |

### 2.5 งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

ในปีงบประมาณ 2554 รัฐได้ตระหนักถึงเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 จึงสนับสนุนงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว และในเบื้องต้นปีงบประมาณ 2554 จะเป็นงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับบริการที่จำเป็นต้องปรับมาตรฐานการให้บริการ ได้แก่การเพิ่มการเข้าถึงยา Risperidone สำหรับผู้ป่วยจิตเวช และการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ 2554 มีงบประมาณดังนี้

| รายการ | เป้าหมาย (คน) | งบประมาณ (บาท) |
|---|---|---|
| 1. ค่ายา Risperidone กรณีผู้ป่วยนอก | 119,391 | 186,624,000 |
| 2. ค่าพัฒนาระบบบริการการเข้าถึงบริการด้านจิตเวช | | 17,000,000 |
| **รวม** | **119,371** | **203,624,000** |

# ส่วนที่ 2

## การบริหารงบบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบเหมาจ่ายรายหัว) ปีงบประมาณ 2554

# การบริหารงบบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) ปีงบประมาณ 2554

## 1. การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

### 1. แนวทางการบริหารในภาพรวม

รูปแบบการบริหารงบประมาณบริการรักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2554 ยังคงเป็นแบบแยกการบริหารระหว่างงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ทุกหน่วยบริการ โดยการบริหารจัดการงบค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 จำนวน 757.39 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจ่ายดังนี้

1.1.1 จำนวน 696.13 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากร (ตารางที่ 1) ของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกันไม่เกินร้อยละ10 (±10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยทั้งประเทศ และให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามโครงสร้างอายุอีกครั้งโดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนจริง ณ เดือนมีนาคม 2554

1.1.2 จำนวน 61.26 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อประชากรเท่ากัน สำหรับสาขาเขตนำร่องสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่าน

ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต (อปสข.)

1.2 จำนวน 38 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนข้อมูลที่กำหนด ดังนี้

1.2.1 จำนวน 23 บาทต่อประชากร จ่ายตามจำนวนข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลผู้รับบริการ

1.2.2 จำนวน 15 บาทต่อประชากร จ่ายสำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด โดยเป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการ ทั้งนี้การจ่ายให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

1.3 สำหรับเขตนำร่อง สามารถกำหนดแนวทางเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนด และต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

**ตารางที่ 1** ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient)

| ประเภท | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 - 4 | 5 - 9 | 10 - 14 | 15 - 24 | 25 - 44 | 45 - 59 | 60 - 69 | 70 |
| บริการผู้ป่วยนอก | 0.954 | 0.518 | 0.386 | 0.293 | 0.805 | 1.525 | 3.102 | 4.774 |

**ที่มา** คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2547

## 2. การจ่ายตามจำนวนข้อมูลรายบุคคล

ในปีงบประมาณ 2554 การจ่ายตามจำนวนข้อมูลรายบุคคลมีงบประมาณจำนวน 23 บาทต่อประชากร โดยเป็นการจ่ายตามจำนวนข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลผู้รับบริการ และมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

## 2.1 วัตถุประสงค์

2.1.1 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับใช้ในการบันทึกและจัดทำข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันรายบุคคลของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ

2.1.2 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการ เพื่อนำประโยชน์จากข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินสถานะทางการเงินการคลังของหน่วยบริการได้อย่างถูกต้อง

## 2.2. แนวทางการจัดสรรเงิน

2.2.1 สำหรับการจ่ายตามข้อมูลตามจำนวนข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ใช้วงเงินในการจ่ายจำนวน 21 บาทต่อประชากร โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1) สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร ในฐานะเป็นเขตนำร่องในการบริหารแบบเขตสาธารณสุข ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นการเฉพาะได้โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข. จึงกันวงเงินสำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร ไว้จำนวน 21 บาทต่อประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิฯ ในเขตพื้นที่ และให้ สปสช.เขต13-กรุงเทพมหานคร ดำเนินการกำหนดรายละเอียดการจ่ายต่อไป
2) สำหรับหน่วยบริการใน สปสช.เขตที่เหลือในภูมิภาค จำนวน 12 เขต มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

2.1) จ่ายตามข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ

2.1.1) เป็นค่าข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยส่งข้อมูลทางตรงหรือผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขให้กับ สปสช. โดยจัดสรรในอัตราไม่เกิน 2 บาทต่อรายหัวประชากรของผู้มีสิทธิฯ ในเขตภูมิภาค

2.1.2) จ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยจ่าย

จริงตามข้อมูลและคุณภาพข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการที่ส่งให้ สปสช. โดยมีเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการตามที่ สปสช.กำหนด

2.2) จ่ายตามข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล และข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

2.2.1) สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช.เขต9-นครราชสีมา ในฐานะเป็นเขตนำร่องในการบริหารแบบเขตสาธารณสุข ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นการเฉพาะได้โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข. จึงกันวงเงินสำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต 9-นครราชสีมา ไว้จำนวน 19 บาทต่อประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิฯ ในเขตพื้นที่ และให้ สปสช.เขต9-นครราชสีมา ดำเนินการกำหนดรายละเอียดการจ่ายต่อไป

2.2.2) สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช.เขตอีก 11 เขตที่เหลือ มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

(1) เป็นค่าข้อมูลและค่าสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาและจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบต่างๆ กำหนดวงเงินเป็นรายเขตในอัตรา 17 บาทต่อประชากรของผู้มีสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่ ในลักษณะ Global budget ระดับเขต โดยให้ สปสช.เขต เป็นผู้กำหนดสัดส่วนการจ่ายประเภทต่างๆ แต่ต้องผ่านการเห็นชอบของ อปสข. และต้องสอดคล้องกับแนวทางหลักของ สปสช. ดังนี้

(1.1) จ่ายตามค่าคุณภาพข้อมูลไม่น้อยกว่าร้อยละ 94 ของวงเงินที่แต่ละเขตได้รับ โดยให้จ่ายให้แก่หน่วยบริการด้วยระบบ Point system with global gudget ระดับเขต

(1.2) ค่าพัฒนาระบบไม่เกินร้อยละ 2 ของวงเงินแต่ละเขตที่ได้รับจัดสรร โดยจัดสรรให้แก่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือหน่วยบริการ เป็นค่าสนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกหรือส่งเสริมป้องกันของหน่วยบริการในสังกัด โดยจัดสรรตามผลงานโครงการด้านการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมป้องกันฯ ที่เสนอ โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของ อปสข.

(1.3) ค่าตรวจสอบข้อมูลและค่าข้อมูลอุทธรณ์ไม่เกินร้อยละ 4 ของวงเงินแต่ละเขตที่ได้รับจัดสรร โดยค่าตรวจสอบข้อมูลจัดสรรให้แก่คณะผู้ตรวจสอบซึ่งแต่งตั้งโดย สปสช.โดยมีหลักเกณฑ์การตรวจสอบตามแนวทางการตรวจสอบข้อมูล และค่าข้อมูลอุทธรณ์จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในกรณีมีการอุทธรณ์ข้อมูลสิ้นปี

(2) จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพของข้อมูลในภาพรวมที่ส่งให้ สปสช. โดยให้เป็นไปตามที่สำนักบริหารการจัดสรรกองทุนกำหนด กำหนดวงเงินอัตรา 2 บาทต่อรายหัวประชากรของผู้มีสิทธิใน 11 เขต และบริหารในลักษณะ Global budget รวม 11 เขต

2.2.2 สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพัฒนาระบบในภาพรวม

จัดสรรให้หน่วยงานที่สนับสนุนการพัฒนาระบบการบันทึก การรับส่งข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และเพิ่มคุณภาพข้อมูล รวมทั้งการจัดกิจกรรมการประชุม การอบรมการใช้โปรแกรม หรือการประสานการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยจัดสรรในอัตรา 2 บาท ต่อประชากร ทั้งนี้หากวงเงินส่วนนี้คงเหลือในปลายปี สปสช.จะจัดสรรวงเงินคืนให้หน่วยบริการเพื่อเป็นค่าคุณภาพข้อมูลเพิ่มเติมในปลายปีตามสัดส่วนอัตราประชากรรายเขต

## 2.3 แนวทางการตรวจสอบด้านคุณภาพข้อมูล

การตรวจสอบด้านคุณภาพของข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก และข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล จะมีการตรวจสอบข้อมูลในส่วนของความครบถ้วนและถูกต้องตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูลแต่ละประเภท ทั้งนี้เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และนำไปใช้ในการคำนวณการจ่ายค่าตอบแทนข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. โดยสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน (สบจ.) และสปสช. เขตภูมิภาคทั้ง 12 แห่ง จะเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขการตรวจสอบ และประมวลผลโดยสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

2.3.1 ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP Individual Data)

1) การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะตรวจสอบจากชุดข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP Package) ที่กำหนด ซึ่งได้แก่แฟ้ม PERSON, SERVICE, DIAG, PROCED และ DRUG ตามโครงสร้างมาตรฐาน 18 แฟ้ม เชื่อมโยงให้เกิดข้อมูลการให้บริการซึ่งสรุปได้ดังนี้

| มาตรฐานโครงสร้าง | แฟ้มที่ใช้ตรวจสอบ | ฟิลด์ที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูล |
|---|---|---|
| 18 แฟ้ม | PERSON*<br>SERVICE*<br>DIAG*<br>PROCED<br>DRUG | PID<br>SEQ<br>DATE_SERV<br>CLINIC |

* จำเป็นต้องมีข้อมูล

2) เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก มีดังนี้

2.1) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนดในแต่ละแฟ้ม (ตามรายละเอียดการตรวจสอบโครงสร้างแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยนอก)

2.2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

2.3) ต้องสามารถเชื่อมโยงการให้บริการกับข้อมูลบุคคล (เชื่อมโยงข้อมูลในแฟ้ม SERVICE กับแฟ้ม PERSON โดยฟิลด์ PID) ทั้งนี้หากข้อมูลในแฟ้ม PERSON ตรวจสอบไม่ผ่านจะถือว่าไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลได้

2.4) รหัสคลินิก (CLINIC) ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจะตรวจสอบจากตำแหน่งที่ 2-3

2.5) ต้องมีข้อมูลการวินิจฉัย (Diagnosis) ที่ถูกต้องและเชื่อมโยงกับการให้บริการได้ (สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในแฟ้ม DIAG กับ SERVICE ได้โดยใช้ฟิลด์ PID, SEQ, DATE_SERV, CLINIC ) ทั้งนี้การให้รหัสการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง มีเงื่อนไขดังนี้

(1) ต้องมีการให้รหัสโรคหลัก (Principle diagnosis, Pdx) อย่างน้อย 1 รหัสที่ถูกต้องตาม ICD10 (WHO 2007) หรือ ICD10 TM หรือรหัสแพทย์แผนไทย

(2) หากให้รหัสโรคถูกต้องตามหลักการให้รหัสโรคตาม ICD10 (WHO 2007) จะตรวจสอบความสอดคล้องของการให้รหัสโรค (ตาม Appendix A3-A4 ของ DRG 4.0)

(3) ตรวจสอบประเภทการวินิจฉัย (Diagnosis type) ต้องมีค่าตั้งแต่ 1 - 5

(4) การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ค่าตอบแทนข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มเติม (Add on)

(5) กรณีมีการทำหัตถการและบันทึกข้อมูลรหัสหัตถการตาม ICD-9-CM หรือ ICD 10 TM ได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 รายการ จะคิดเป็น 0.5 point

(6) กรณีมีการให้ยาและบันทึกรหัสยามาตรฐาน (24 หลัก) ได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 รายการ จะคิดเป็น 0.5 point

(7) กรณีมีการส่งต่อ (Refer) และมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อครบถ้วน จะคิดเป็น 0.5 point โดยเงื่อนไขการคิดคะแนน point ของการให้บริการผู้ป่วยนอก จะคิดดังนี้

(8) มีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

(9) การให้บริการผู้ป่วยนอก 1 คนใน 1 วัน จะได้ 1 point (การเข้ารับบริการหลายครั้งใน 1 วัน จะคิด 1 point)

(10) หากมีข้อมูล Add on การให้รหัสหัตถการ การให้รหัสยา และข้อมูลการส่งต่อ ที่ผ่านการตรวจสอบ จะได้เพิ่มเรื่องละ 0.5 point

2.3.2 ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Individual Data) ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะตรวจสอบจากชุดข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Package) ที่กำหนด ซึ่งได้แก่แฟ้ม PERSON, EPI, ANC, FP, MCH และ PP ตามโครงสร้างมาตรฐาน 18 แฟ้ม เชื่อมโยงให้เกิดข้อมูลการให้บริการ ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลการให้วัคซีน (EPI)

1.1) การตรวจสอบข้อมูลการให้วัคซีนจะใช้ข้อมูลจากแฟ้ม EPI และ PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีน 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1.2) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตามรายละเอียด Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม EPI)

1.3) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

1.4) ตรวจสอบการเชื่อมโยงการให้บริการ กับข้อมูลบุคคล ต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลในแฟ้ม EPI กับแฟ้ม PERSON (ใช้ฟิลด์ PID เป็นฟิลด์เชื่อม)

1.5) ตรวจสอบเลขประชาชน 13 หลัก ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

1.6) กรณีให้วัคซีนคนต่างด้าวที่ไม่มีเลขประชาชน 13 หลักต้องมีการระบุสัญชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทย (จากฟิลด์ NATION ในแฟ้ม PERSON) และต้องใส่ HN ลงในฟิลด์ CID โดยหาก HN มีไม่ครบ 13 หลัก ให้ใส่เลข 0 ด้านหน้า HN ให้ครบ 13 หลัก

1.7) มีข้อมูลการให้วัคซีน โดย ตรวจสอบกิจกรรมการให้รหัสวัคซีน (VCCTYPE) ต้องเป็นรหัสกิจกรรมการให้วัคซีนตามที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และ ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการให้วัคซีนซ้ำ โดยตรวจสอบจาก PCUCODE, CID, VCCTYPE และ DATE_SERV

1.8) การคิดคะแนน point ของการให้บริการวัคซีน (EPI) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนที่ผ่านการตรวจสอบ 1 รายการ (1 Record) จะได้ 0.5 point

2) การตรวจสอบข้อมูลการวางแผนครอบครัว (FP)

การตรวจสอบข้อมูลการวางแผนครอบครัวจะใช้ข้อมูลจากแฟ้ม FP และ PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้

2.1) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตามตามรายละเอียด Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม FP)

2.2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

2.3) ตรวจสอบการเชื่อมโยงการให้บริการ กับข้อมูลบุคคล ต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลในแฟ้ม FP กับแฟ้ม PERSON (ใช้ฟิลด์ PID เป็นฟิลด์เชื่อม)

2.4) ตรวจสอบเลขประชาชน 13 หลัก จากฟิลด์ CID ต้องมีอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

2.5) ตรวจสอบรหัสวิธีการคุมกำเนิด (FPTYPE) ต้องเป็นไปตามที่มาตรฐานกำหนด

2.6) ตรวจสอบความสอดคล้องวิธีการคุมกำเนิดกับเพศ โดย กรณี FPTYPE = 1,2,3,4 และ 7 ต้องเป็น เพศหญิงและอายุต้องไม่ต่ำกว่า 9 ปี ไม่เกิน 60 ปี กรณี FPTYPE = 6 ต้องเป็น เพศชาย

2.7) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID, DATE_SERV และ FPTYPE

2.8) การคิดคะแนน point ของการให้บริการวางแผนครอบครัว (FP) ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวที่ผ่านการตรวจสอบ 1 รายการ (1 Record) จะได้ 0.5 point

3) การตรวจสอบข้อมูลการฝากครรภ์ (ANC)

การตรวจสอบข้อมูลการฝากครรภ์จะใช้ข้อมูลจากชุดข้อมูลจากแฟ้ม ANC และ PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้

3.1) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตามรายละเอียด Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม ANC)

3.2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

3.3) ตรวจสอบการเชื่อมโยงการให้บริการ กับข้อมูลบุคคล ต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลในแฟ้ม ANC กับแฟ้ม PERSON (กรณี 18 แฟ้ม ใช้ฟิลด์ CID เป็นฟิลด์เชื่อม)

3.4) ตรวจสอบเลขประชาชน 13 หลัก ต้องมีอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

3.5) ตรวจสอบเพศ ต้องเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 9 – 60 ปี

3.6) ตรวจสอบอายุครรภ์ (GA) ต้องอยู่ระหว่าง 4 – 45 สัปดาห์ และต้องมีผลการตรวจครรภ์ (ANCRES)

3.7) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID, DATE_SERV

3.8) การคิดคะแนน point ของการให้บริการฝากครรภ์ (ANC) ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ที่ผ่านการตรวจสอบ 1 รายการ (1 Record) จะได้ 0.5 point

4) การตรวจสอบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอด (MCH)

การตรวจสอบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอดจะใช้ข้อมูลจากแฟ้ม MCH และ PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูลการที่สมบูรณ์ 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้

4.1) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตามรายละเอียด Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม MCH)

4.2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

4.3) ตรวจสอบการเชื่อมโยงการให้บริการ กับข้อมูลบุคคล ต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลในแฟ้ม MCH กับแฟ้ม PERSON (ใช้ฟิลด์ PID เป็นฟิลด์เชื่อม)

4.4) ตรวจสอบเลขประชาชน 13 หลัก ต้องมีอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

4.5) ตรวจสอบเพศจากฐานข้อมูลประชากรของ สปสช. ต้องเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 9 – 60 ปี

4.6) ตรวจสอบข้อมูลวันที่ดูแลแม่ โดยต้องมีข้อมูลในฟิลด์วันที่ดูแลแม่ (PPCARE1) และมีรูปแบบวันที่ถูกต้อง สำหรับข้อมูลในฟิลด์ PPCARE2 และ PPCARE3 จะมีหรือไม่มีก็ได้ และหากมีวันที่ดูแลแม่ต้องมากกว่าครั้งก่อนเสมอ (PPCARE2 > PPCARE1)

4.7) ตรวจสอบข้อมูลซ้ำโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ GRAVIDA ดังนั้นในการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามาใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ

4.8) การคิดคะแนน point ของข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอด (MCH) ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอดที่ผ่านการตรวจสอบ 1 รายการ (1 Record) จะได้ point
มีวันที่ดูแลแม่ครั้งที่ 1 เพียงอย่างเดียวได้ 1 point
มีวันที่ดูแลแม่ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้ 1.5 point

5) การตรวจสอบข้อมูลการคลอดและดูแลเด็กหลังคลอด แฟ้ม PP

การตรวจสอบข้อมูลการ การคลอดและดูแลเด็กหลังคลอดจะใช้ข้อมูลจากจากแฟ้ม PP และ PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูลการที่สมบูรณ์ 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้

5.1) ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตามรายละเอียด Flow การตรวจสอบข้อมูลแฟ้ม PP)

5.2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ใน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

5.3) ตรวจสอบการเชื่อมโยงการให้บริการ กับข้อมูลบุคคล ต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PP กับแฟ้ม PERSON (ใช้ฟิลด์ PID เป็นฟิลด์เชื่อม)

5.4) ตรวจสอบเลขประชาชน 13 หลัก ต้องมีอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

5.5) ตรวจสอบน้ำหนักแรกเกิดต้องไม่ต่ำกว่า 500 กรัม

5.6) ตรวจสอบวันข้อมูลวันที่ดูแลเด็ก โดยต้องมีข้อมูลในฟิลด์วันที่ดูแลเด็ก (BCARE1) และมีรูปแบบวันที่ถูกต้อง สำหรับข้อมูลในฟิลด์ BCARE2 และ BCARE3 จะมีหรือไม่มีก็ได้ และหากมีวันที่ดูแลเด็กต้องมากกว่าครั้งก่อน (BCARE2 > BCARE1)

5.7) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยดูจากฟิลด์ PCUCODE และ CID ดังนั้นการดูแลเด็กหลังคลอด 1 คน จะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามาใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ

5.8) การคิดคะแนน point ของข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอด (MCH) จะคิดดังนี้

5.9) ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอดที่ผ่านการตรวจสอบ 1 รายการ (1 Record) จะได้ point ดังนี้

- มีวันที่ดูแลลูกครั้งที่ 1 เพียงอย่างเดียวได้ 1 point
- มีวันที่ดูแลลูกครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ได้ 1.5 point

2.3.3 การตรวจสอบข้อมูลเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (OP/PP Performance) สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 11 เขต (ยกเว้น สปสช. เขต 9-นครราชสีมา และเขต 13-กรุงเทพมหานคร)

ในปีงบประมาณ 2554 สำนักบริหารการจัดสรรกองทุนได้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการที่สามารถจัดทำข้อมูลได้ถูกต้องและมีคุณภาพ โดยเป็นการจัดสรรเพิ่มเติมจากคะแนน Point ที่ได้จากการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้จะจัดสรรในระบบ Global budget with point system โดยแบ่งการจัดสรรออกเป็น 2 งวด งวดที่ 1 เมื่อประมวลผลข้อมูลการให้บริการ 6 เดือนแรกเสร็จสิ้นแล้ว และงวดที่ 2 เมื่อประมวลผลข้อมูลการให้บริการ 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นแล้ว โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1) ร้อยละความถูกต้องของแฟ้ม PERSON โดยในปีงบประมาณ 2554 ข้อมูลในแฟ้ม PERSON จะต้องสัมพันธ์กับแฟ้ม SERVICE, EPI, FP, ANC, MCH, และ PP สำหรับข้อมูลในแฟ้ม PERSON ที่ไม่สัมพันธ์กับแฟ้มดังกล่าวจะถือว่าเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การจัดสรร Point เพิ่มเติมจะคิดจาก point ปกติที่ได้จากการให้บริการ OP, EPI, FP, ANC, MCH, และ PP โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

- แฟ้ม PERSON ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ให้ 0.2 point
- แฟ้ม PERSON ถูกต้องร้อยละ 90.1 – 95 ให้ 0.1 point
- แฟ้ม PERSON ถูกต้องร้อยละ 85.1 – 90 ให้ 0.05 point

โดยร้อยละความถูกต้องของแฟ้ม PERSON คิดจาก

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม PERSON ที่ผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม PERSON ทั้งหมด}}$$

2) ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสโรค โดยตรวจสอบจากข้อมูลการให้รหัสโรคทั้งหมดที่ส่งเข้ามาในแฟ้ม DIAG ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร Point เพิ่มเติมจาก Point ปกติของการให้บริการผู้ป่วยนอกดังนี้

- ข้อมูลแฟ้ม DIAG ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ให้ 0.2 point
- ข้อมูลแฟ้ม DIAG ถูกต้องร้อยละ 90.1 – 95 ให้ 0.1 point
- ข้อมูลแฟ้ม DIAG ถูกต้องร้อยละ 85.1 – 90 ให้ 0.05 point

โดยร้อยละความถูกต้องของแฟ้ม DIAG คิดจาก

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม DIAG ที่ผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม DIAG ทั้งหมด}}$$

3) ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสหัตถการ โดยตรวจสอบจากข้อมูลการให้รหัสหัตถการทั้งหมดที่ส่งเข้ามาในแฟ้ม PROCED ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร point เพิ่มเติมจาก Point ปกติของการให้บริการผู้ป่วยนอกดังนี้

- ข้อมูลแฟ้ม PROCED ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ให้ 0.2 point
- ข้อมูลแฟ้ม PROCED ถูกต้องร้อยละ 90.1 – 95 ให้ 0.1 point
- ข้อมูลแฟ้ม PROCED ถูกต้องร้อยละ 85.1 – 90 ให้ 0.05 point

โดยร้อยละความถูกต้องของแฟ้ม PROCED คิดจาก

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม PROCED ที่ผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม PROCED ทั้งหมด}}$$

4) ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก โดยตรวจสอบจากข้อมูลการให้รหัสยา 24 หลักทั้งหมดที่ส่งเข้ามาในแฟ้ม DRUG ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร Point เพิ่มเติมจาก point ปกติของการให้บริการผู้ป่วยนอกดังนี้

- ข้อมูลแฟ้ม DRUG ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ให้ 0.2 point
- ข้อมูลแฟ้ม DRUG ถูกต้องร้อยละ 90.1 – 95 ให้ 0.1 point
- ข้อมูลแฟ้ม DRUG ถูกต้องร้อยละ 85.1 – 90 ให้ 0.05 point

ร้อยละความถูกต้องของแฟ้ม DRUG คิดจาก

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม DRUG ที่ผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลในแฟ้ม DRUG ทั้งหมด}}$$

5) การไม่ส่งข้อมูลซ้ำซ้อน โดยตรวจสอบจากการส่งข้อมูลของแฟ้ม SERVICE, EPI, FP, ANC MCH และ PP ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร point เพิ่มเติมจาก Point ปกติของแฟ้มที่กล่าวมา ดังนี้

- ข้อมูลซ้ำซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 5 ให้ 0.2 point
- ข้อมูลซ้ำซ้อนร้อยละ 5.1 – 10 ให้ 0.1 point

6) การส่งข้อมูลทันเวลา โดยตรวจสอบจากการส่งข้อมูลของแฟ้ม SERVICE, EPI, FP, ANC MCH และ PP ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร point เพิ่มเติมจาก point ปกติของแฟ้มที่กล่าวมา ดังนี้

- ส่งข้อมูลทันเวลามากกว่าร้อยละ 95 ให้ 0.2 point
- ส่งข้อมูลทันเวลาร้อยละ 90.1 – 95 ให้ 0.1 point
- ส่งข้อมูลทันเวลาร้อยละ 85.1 – 90 ให้ 0.05 point

2.3.4 เงื่อนไขก่อนการตรวจสอบข้อมูล

ข้อมูลจะต้องส่งทันตามรอบข้อมูลรายเดือนนั้นๆ จึงจะนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบคุณภาพ โดย

1) กรณีส่งทันเวลา ข้อมูลเดือนที่ให้บริการ ส่งภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป เช่น ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 31 ตุลาคม 2553 ส่งภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2553 ถือว่าส่งทันเวลาตามรอบ

2) กรณีส่งไม่ทันตามข้อ 1) จะถูกนำมาคิดใน Global อุทธรณ์สิ้นปี

## 2.4 แนวทางการอุทธรณ์ในปีงบประมาณ 2554

2.4.1 การดำเนินการขออุทธรณ์

1) หน่วยบริการหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำหนังสือขออุทธรณ์มายัง สปสช.เขตเพื่อขออุทธรณ์ข้อมูลปี 2554 โดยกำหนดส่งไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ

2) สปสช.เขตพิจารณาการรับอุทธรณ์โดยผ่านมติ อปสข.

3) ข้อมูลอุทธรณ์ปีงบประมาณ 2554 หมายถึง ข้อมูลการให้บริการ OP/PP ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554

4) กำหนดส่งข้อมูลอุทธรณ์ตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2554 - 20 พฤศจิกายน 2554

5) ข้อมูลอุทธรณ์จะดำเนินการประมวลผลปีละครั้งหลังปิดรับข้อมูล 20 พฤศจิกายน 2554

6) ช่องทางการส่งข้อมูลอุทธรณ์จะใช้ช่องทางเดียวกับการส่งข้อมูลรายเดือน

2.4.2 การจัดสรรงบอุทธรณ์

สปสช.เขต จะพิจารณาจัดสรรงบประมาณข้อมูลอุทธรณ์จาก Global budget เขต โดยกำหนดสัดส่วนงบอุทธรณ์ตามมติ อปสข.แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 4 ของวงเงิน ค่าตรวจสอบข้อมูลและค่าอุทธรณ์ที่แต่ละเขตได้รับจัดสรร

## 2.5 การโอนเงิน

2.5.1 ค่าข้อมูลการให้บริการรายบุคคล (OP/PP individual data) ของหน่วยบริการ

1) โอนตามผลงานการจัดส่งข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และผ่านการประมวลผลรายเดือน

2) หน่วยบริการ สอ./ศสช. โอนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3) หน่วยบริการ รพ./คลีนิคชุมชนอบอุ่น โอนตรงให้กับหน่วยบริการ

2.5.2 ค่าข้อมูลอุทธรณ์ ปีงบประมาณ 2554 ของหน่วยบริการ

1) โอนตามผลงานการอุทธรณ์ข้อมูล OP/PP ปีงบประมาณ 2554 หลังปิดรับข้อมูลงวดสุดท้าย 20 พฤศจิกายน 2554 และประมวลผลข้อมูลเสร็จสิ้นตามเกณฑ์ของ สปสช.

2) โอนเช่นเดียวกับข้อมูลรายเดือน

2.5.3 ค่าตอบแทนข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1) จัดสรรจริงตามผลงานการจัดส่งข้อมูลจริงรายไตรมาส

- ไตรมาส 1 เป็นข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553 หลังจากการประมวลผลเสร็จสิ้น
- ไตรมาส 2 เป็นข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 – 31 มีนาคม 2554 หลังจากการประมวลผลเสร็จสิ้น
- ไตรมาส 3 เป็นข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2554 – 30 มิถุนายน 2554 หลังจากการประมวลผลเสร็จสิ้น
- ไตรมาส 4 เป็นข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2554 – 30 กันยายน 2554 หลังจากการประมวลผลเสร็จสิ้น

ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์การประมวลผลคุณภาพข้อมูลการเงินการคลังที่ สปสช.กำหนด

2) โอนตรงให้กับหน่วยบริการ

## 2.6 ช่องทางการจัดส่งข้อมูลและกำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

2.6.1 ข้อมูลผู้ป่วยนอกและข้อมูลการส่งเสริมป้องกันโรค

1) หน่วยบริการระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน/คลีนิคชุมชนอบอุ่น

1.1) การส่งข้อมูล

หน่วยบริการระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน บันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของหน่วยบริการระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบ 18 แฟ้ม ตามโครงสร้างมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) กำหนด โดยส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำการตรวจสอบเบื้องต้น (Cleansing) และส่งข้อมูลให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

1.2) กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

หน่วยบริการระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งข้อมูลการบริการรายเดือนให้กับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนถัดไป เช่น ข้อมูลการให้บริการเดือนตุลาคม จัดส่งในวันที่ 20 พฤศจิกายน

2) หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

2.1) ช่องทางการส่งข้อมูล

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของหน่วยบริการในรูปแบบ 18 แฟ้ม ตามโครงสร้างมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) กำหนด โดยให้จัดส่งข้อมูลรายเดือนโดยส่งตรงไปยังสปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ ของสปสช.ที่ http://op.nhso.go.th/op

2.2) กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งข้อมูลการบริการรายเดือนให้กับสปสช. ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือนถัดไป เช่น ข้อมูลการให้บริการเดือนตุลาคม จัดส่งให้สปสช. ในวันที่ 20 พฤศจิกายน

2.6.2 ข้อมูลอุทธรณ์ปี 2554

1) ช่องทางการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการทุกระดับส่งข้อมูลที่ขออุทธรณ์ปีงบประมาณ 2554 ส่งผ่านทางช่องทางเดิม โดยผ่านเว็บไซต์ของสปสช.ที่ http://op.nhso.go.th/op

2) กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ตั้งแต่ 21 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไปจนถึง 20 พฤศจิกายน 2554

3) ลักษณะข้อมูลอุทธรณ์

เป็นข้อมูลการให้บริการในปีงบประมาณ 2554 ที่ยังไม่ได้คะแนน โดยส่งเฉพาะข้อมูลที่ส่งไม่ทันตามรอบ

2.6.3 ข้อมูลการเงินการคลัง

1) ช่องทางการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดส่งข้อมูลรายเดือนให้ สปสช.หรือผ่านทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางและระยะเวลาที่กำหนด

2) กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

วันที่ 20 ของสิ้นเดือนทุกเดือน / ทุกไตรมาส

## 2.7 ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

2.7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 02-141-5028
E-mail address : karoon.k@nhso.go.th

2.7.2 ผู้ประสานงานข้อมูล OP/PP รายบุคคล

นายคิดคม สเลลานนท์
โทรศัพท์ 02-141-4102
E-mail address : kidkom.s@nhso.go.th

2.7.3 ผู้ประสานงานการพัฒนาระบบข้อมูลการเงินการคลัง

นางสาวศิริพร ธนกิจเจริญ

โทรศัพท์ 02-1414168

E-mail address : siriporn.d@nhso.go.th

2.7.4 ผู้ประสานงาน สปสช.เขต

| เขต | ชื่อ-สกุล | โทรศัพท์ |
|---|---|---|
| เชียงใหม่ | 1.นายณัฏฐธร มโนวร | 086-617-7315, 053-203-536 ต่อ 5023 |
| | 2.นางณปภัช โชติบุญฐิสา | 089-850-9803, 053-203-536 ต่อ 5012 |
| นครสวรรค์ | นายสมพงษ์ บรรณวัฒน์ | 081-045-5252 |
| พิษณุโลก | | 055-245111 |
| นครราชสีมา | นายอภิศักดิ์ เข็มพิลา | 085-773-0364 |
| | นางสาริณี ต่อศักดิ์ | 044-248-8704 ต่อ 3422 |
| ขอนแก่น | 1.นายเกรียงศักดิ์ แก้วไสย | 084-700-1663 |
| | 2.นายวีระศักดิ์ ชนะมาร | 043-365-200 |
| อุดรธานี | นางสาวอลิสา ศรีอรรคจันทร์ | 084-959-9955 |
| อุบลราชธานี | นายประสิทธิ บุญเกิด | 085-491-2105 |
| ระยอง | นายสุริยัน สกุลศิริไพบูลย์ | 086-866-1637 |
| ราชบุรี | บุญธรรม โลนันท์ | 084-439-0117 |
| สระบุรี | นายธนพล มีอุดล | 081-882-0814 036-213-205 ต่อ 5276 |
| สุราษฎร์ธานี | นายประกิต พันธ์สุนันนนท์ | 089-726-4441 ต่อ 5108 |
| สงขลา | นางสาวขนิษฐา สวนแสน | 085-891-4545 074-233-888 ต่อ 402 |

# 2. การบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

## 1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

เพื่อให้ความคุ้มครองการบริการผู้ป่วยใน โดยมิให้เป็นภาระของหน่วยบริการในการให้บริการแก่ประชาชน ในปีงบประมาณ 2554 ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (เป็นบริการผู้ป่วยในทั้งหมด ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากกองทุนซึ่งบริหารจัดการที่ส่วนกลาง) ครอบคลุมขอบเขตบริการผู้ป่วยในทั่วไป และเพิ่มเติมค่าบริการสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (กรณีที่มีเหตุอันควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้) การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน ทั้งนี้ให้บริหารการจ่ายโดยกองทุนผู้ป่วยในกำหนดให้เป็นกองทุนระดับเขตดังนี้

1.1 การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (Adjusted relative Weight :adjRW) เป็นอัตราเดียวในแต่ละกองทุนผู้ป่วยในเขต โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของเขตนั้นๆ และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน 9,000 บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

1.2 การใช้บริการนอกเขตให้มีการประกันอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่หักเงินเดือน

1.3 กรณีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่ซับซ้อนที่เป็นการให้บริการด้วยหน่วยบริการหรือหน่วยเคลื่อนที่จากหน่วยบริการอื่น จ่ายในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อครั้งรวมค่าเลนส์แก้วตาเทียมและไม่หักเงินเดือน

1.4 การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

1.5 การบริหารการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ มอบให้ สปสช. โดยความเห็นชอบของ อปสข. กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้นได้ โดยให้มีการปิดยอดการจ่าย Global budget อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และต้องจ่ายให้หมดกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการ

เรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหากมีเงินเหลือให้ อปสข. พิจารณาจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้

1.6 การบริหารการจ่ายสำหรับกลุ่มกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกลุ่มกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ

## 2. กรอบการบริหารงบประมาณ

2.1 งบที่ได้รับต่อหัวประชากรเท่ากับ 954.72 บาท กำหนดให้มีการแบ่งการจัดสรรงบประมาณเป็นกองทุนผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต ซึ่งจะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็น Global budget ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต โดยคำนวณมาจาก 2 ส่วน คือ

2.1.1 จำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW สำหรับกรณีสำรองเตียง ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554

2.1.2. จำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีสำรองเตียง โดยคำนวณดังนี้

2.1.1 ร้อยละ 75 ของจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการต่างเขต

2.1.2 ร้อยละ 25 ของจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐาน (relative weight : RW) ที่คำนวณมาจากค่า RW เฉลี่ยต่อประชากรตามโครงสร้างอายุเป็นค่าภาพรวมระดับประเทศคูณด้วยจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนรายกลุ่มอายุของแต่ละเขต จำแนกการเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการต่างเขต

**ตารางที่ 2** แสดงค่า RW ผู้ป่วยในต่อประชากรตามโครงสร้างอายุ จำแนกการใช้บริการในเขตและการใช้บริการต่างเขต

| ประเภท | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 – 4 | 5 – 9 | 10 - 14 | 15 – 24 | 25 – 44 | 45 - 59 | 60 - 69 | 70 |
| ใช้บริการในเขต | 0.085 | 0.032 | 0.029 | 0.055 | 0.069 | 0.119 | 0.242 | 0.369 |
| ใช้บริการต่างเขต | 0.011 | 0.004 | 0.004 | 0.007 | 0.008 | 0.012 | 0.020 | 0.019 |

**ที่มา** คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRG version 4.0 ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปี 2552 (ไม่รวมเด็กแรกเกิดทุกราย)

### 2.2 ประชากรเป้าหมาย

เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป การรับบริการผู้ป่วยในกรณีรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การรับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและต่างกองทุนสาขาเขต รวมถึงกรณีมาตรา 7 และศูนย์สำรองเตียง

### 2.3 การแบ่งงบประมาณ

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในทุกเขต จะมีการกันงบประมาณสำหรับอุทธรณ์และส่งช้าไม่เกินร้อยละ 3 ส่วนที่เหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 97 จะแบ่งเป็น 12 งวดๆ ละ 1 เดือน แต่ละงวดอาจจะไม่เท่ากัน (ปรับยอดตามผลงานในอดีตและแนวโน้มข้อมูลในแต่ละงวด) เพื่อให้อัตราจ่ายชดเชยในแต่ละเดือนใกล้เคียงกัน

## 3. แนวทางการสนับสนุน

เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานบริการผู้ป่วยใน โดยใช้ระบบ DRG weighted global budget และใช้ DRG version 4.0 คำนวณชดเชยตามค่า AdjRW ภายใต้วงเงินงบประมาณที่กำหนดเป็นรายเดือน โดยแนวทางปฏิบัติในรายละเอียดจะประกาศในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2554

## 4. บทบาท/แนวปฏิบัติ

4.1 สปสช.กลาง ทำหน้าที่จัดทำแนวปฏิบัติ/คู่มือในการขอรับค่าใช้จ่าย รับข้อมูล ตรวจสอบและคำนวณจ่ายชดเชย สนับสนุนข้อมูลแก่ สปสช.เขต

4.2 สปสช.เขต ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจ วิเคราะห์ ติดตามและสนับสนุนหน่วยบริการ

4.3 สสจ. ทำหน้าที่ช่วยติดตามสนับสนุนหน่วยบริการ

4.4 หน่วยบริการ เป็นผู้ให้บริการตามสิทธิประโยชน์ และจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายส่งมายัง สปสช. ด้วยระบบ E-claim ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ หากส่งข้อมูลช้ากว่าที่กำหนด สปสช.จะปรับลดอัตราจ่ายลงตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

## 5. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

5.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02-1415725 โทรสาร 02-143973
Email address : Atthaporn.l@nhso.go.th

5.2 ผู้ประสานงาน

นางเบญจมาส เลิศชาคร
สำนักการบิหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02-1414069 โทรสาร 02-143973
Email address: Benjamas.l@nhso.go.th

## 3. การบริหารจัดการงบบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ

เป็นงบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการประจำที่ตั้งในพื้นที่ที่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการลงทุนแต่จำเป็นต้องมีหน่วยบริการ ทำให้มีต้นทุนบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปมาก โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ ดังนี้

### 1. เป็นหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีเงื่อนไขอย่างหนึ่งอย่างใดอย่างน้อย ดังนี้

1.1 ตามการกำหนดพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข โดยอนุโลมให้ใช้ตามการกำหนดพื้นที่ของปีงบประมาณ 2552-2553

1.2 หน่วยบริการประจำที่มีประชากรลงทะเบียนน้อยกว่า 30,000 คน ในจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง

1.3 หน่วยบริการประจำบางแห่งในจังหวัดชายแดนไทย-พม่า

ทั้งนี้ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังเป็นผู้พิจารณาเงื่อนไขเพิ่มเติมและพิจารณารายชื่อหน่วยบริการที่จะได้รับค่าบริการรายการนี้

### 2. แนวทางจ่ายให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนระดับ CUP ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10-120 เตียง[4] และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน ดังนี้

2.1 คำนวณจ่ายเป็นค่า Fix cost ในสัดส่วนของบริการที่เกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยจ่ายจากงบรายการค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ

2.2 คำนวณจ่ายเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยจ่ายจากงบประมาณรายการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉพาะจำนวนประชากรลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำพื้นที่เฉพาะ และหากจ่ายตามสมการต้นทุนแล้วมีงบประมาณส่วนเกินให้ สปสช. เสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังพิจารณาจัดสรรสำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ให้หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

---

[4] ผลการศึกษาของ สุรเชษฐ์ แก่นชา เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนหน่วยบริการ, มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, พ.ศ.2553

## 3. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

3.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 02-141-5028
E-mail address : karoon.k@nhso.go.th

3.2 ผู้ประสานงาน

นายธวัชชัย เรืองโรจน์
สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 02-141-4173
E-mail address : tawatchai.r@nhso.go.th

# 4. การบริหารจัดการค่าบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

## 1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

เพื่อให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกพื้นที่จังหวัดที่ลงทะเบียน หรือผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ได้รับบริการตามความจำเป็นที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยกำหนดให้มีการบริหารในลักษณะกองทุนกลางเพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการ

## 2. กรอบการบริหารงบประมาณ

2.1 เป็นงบประมาณที่กันไว้บริหารแบบกองทุนกลาง โดยงบประมาณรวมอยู่ในรายการค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง

2.2 ประชากรเป้าหมาย ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิว่าง และเด็กแรกเกิด

2.3 การบริหารงบประมาณ กันงบประมาณไว้สำหรับการอุทธรณ์และข้อมูลล่าช้าร้อยละ 3 ส่วนที่เหลือร้อยละ 97 จะแบ่งเป็น 12 งวด แต่ละงวดอาจจะไม่เท่ากัน (ปรับยอดตามผลงานในอดีตและแนวโน้มข้อมูลในแต่ละงวด) เพื่อให้อัตราจ่ายชดเชยในแต่ละเดือนใกล้เคียงกัน

## 3. แนวทางการสนับสนุนงบ/เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

จัดสรรเป็นค่าบริการให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขในการจัดสรรดังนี้

3.1 การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำให้เบิกจ่ายที่หน่วยบริการประจำหรือกองทุนระดับจังหวัด (บริหารโดย สปสช.สาขาจังหวัด) แล้วแต่กรณี สำหรับการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดให้จ่ายจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลาง โดย สปสช. และจ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ

3.2 การใช้บริการผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดหรือนอกจังหวัดในเขตเดียวกับหน่วยบริการประจำ ให้จ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ของการใช้บริการในเขตจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต

ให้จ่ายด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้ป่วยลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ

3.3 ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8) การเข้ารับบริการครั้งแรกให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายบริการจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. อัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยในให้เป็นไปตามระบบ DRG with global budget และอัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก จ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ จากนั้นหน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

3.4 บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการคลอดสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ กรณีเด็กแรกเกิดทุกราย ให้เบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนดไว้ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554

3.5 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ให้จ่ายตามราคาเรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง ดังนี้

3.5.1 ค่าบริการรับส่งต่อทางรถยนต์ เป็นไปตามระยะทาง

3.5.2 ค่าบริการรับส่งต่อทางเรือ เป็นไปตามประเภทเรือและระยะทาง อัตราจ่ายไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้งที่ส่งต่อ

3.5.3 ค่าบริการรับส่งทางอากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) อัตราจ่ายไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้งที่ส่งต่อ

ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช. กำหนดไว้ตามประเภทพาหนะและระยะทางในการเดินทาง รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554

3.6 ปรับการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ในส่วนค่าใช้จ่ายหลังแจ้ง และผู้รับบริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) ไปจ่ายด้วยกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต

## 4. บทบาท/แนวปฏิบัติ

4.1 สปสช.กลาง ทำหน้าที่จัดทำแนวปฏิบัติ/คู่มือในการขอรับค่าใช้จ่าย รับข้อมูล ตรวจสอบ คำนวณจ่ายชดเชย และสนับสนุน สปสช.เขต

4.2 สปสช.เขต ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจ วิเคราะห์ ติดตาม และสนับสนุนหน่วยบริการ

4.3 สสจ. ทำหน้าที่ช่วยติดตามสนับสนุนหน่วยบริการ

4.4 หน่วยบริการ ให้บริการตามสิทธิประโยชน์ และจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ส่งมายัง สปสช. ด้วยระบบ E-claim ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ หากส่งข้อมูลช้ากว่าที่กำหนด สปสช.จะปรับลดอัตราจ่ายลงตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

## 5. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

5.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5725 โทรสาร 0 2143 9735
Email address : Atthaporn.l@nhso.go.th

5.2 ผู้ประสานงาน

นางอัญชลี หอมหวล
สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4068 โทรสาร 0 2143 9735
Email address: Unchalee.h@nhso.go.th

## 5. การบริหารจัดการค่าบริการค่าใช้จ่ายสูง

### 1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และให้บริการที่มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นบริการค่าใช้จ่ายสูงบางรายการที่จำเป็น และมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

### 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความคุ้มครองในการรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ โดยมิให้เป็นข้อจำกัดในการให้บริการของหน่วยบริการ

### 3. กรอบการบริหารค่าบริการ

ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. จัดให้มีกองทุนค่าใช้จ่ายสูง โดยมีวงเงินสำหรับการบริการและจัดสรรให้แก่หน่วยบริการตามผลงานจริงภายใต้หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย โดย สปสช. ได้กันเงินเพื่อจ่ายในกรณีที่มีการส่งข้อมูลล่าช้า และการขออุทธรณ์ จำนวนร้อยละ 3 ของวงเงินในภาพรวม สำหรับวงเงินที่เหลือใช้สำหรับจ่ายชดเชยข้อมูลที่ส่งทันเวลาทั้งปี โดยแบ่งเงินเป็น 12 งวดๆ ละ 1 เดือน ทั้งนี้วงเงินในแต่ละงวดจะไม่เท่ากันเนื่องจากจะปรับตามผลงานในอดีต และแนวโน้มของข้อมูลที่ สปสช. ได้รับในแต่ละงวดอีกครั้ง เพื่อให้อัตราจ่ายใกล้เคียงกันในแต่ละเดือน

### 4. แนวทางการสนับสนุน / หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 การจ่ายเงินให้หน่วยบริการ สปสช.จ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการจริง ในลักษณะการจ่ายรายเดือน

4.2 ระบบการบริหารการจ่าย คำนวณอัตราการจ่ายในระบบ Point system with ceiling with global budget

4.3 รายการค่าใช้จ่ายสูงและอัตราการจ่ายชดเชย

4.3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments ) สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดานราคากลางที่กำหนดในประเภทและอัตรา

ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ปีงบประมาณ 2554 (ภาคผนวก 1)

4.3.2 การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท

4.3.4 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอชไอวี สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1) สำหรับการให้ยารักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อครั้งการเข้ารับการรักษา
2) สำหรับการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ได้แก่ การฉีดยา Ganciclovir เข้าที่ vitreous จ่ายครั้งละ 250 บาทต่อข้างต่อสัปดาห์ หรือครั้งละ 500 บาทต่อข้างต่อ 2 สัปดาห์

4.3.4 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท

4.3.5 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับบริการผู้ป่วยนอก โดยเป็นรายการบริการการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาที่ สปสช. กำหนดเงื่อนไขบริการ (protocol) และราคากลางตาม protocol เป็นการเฉพาะ โดยจ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ตาม protocol สำหรับการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีการกำหนด protocol จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง

4.3.6 รายการที่เป็นการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจของบริการแบบ ambulatory care (พักสังเกตอาการหลังบริการ 1-2 วัน) จ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด และต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ สปสช.ประกาศเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ทั้งนี้หากมีการให้บริการหัตถการโรคหัวใจมากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้งให้จ่ายเพียง 1 รายการ เฉพาะรายการที่มีราคากลางสูงตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ราคากลางต่อหน่วยการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการหัวใจ (บาทต่อครั้งบริการ)

| | รายการ | ราคากลาง |
|---|---|---|
| 1. Investigation ราคาแพง | | |
| 1.1. | Coronary angiography (CAG) | 15,000 |
| 1.2. | Endoscope retrograde cholangio pancreatography(ERCP) | 6,500 |
| 2. หัตถการหัวใจ | | |
| 2.1. | ขยายหลอดเลือดหัวใจเส้นเดียว (Coronary angiography with single vessel percutaneous coronary intervention) | 78,000 |
| 2.2. | ขยายหลอดเลือดหัวใจหลายเส้น (Coronary angiography with multiple vessel percutaneous coronary intervention ) | 85,000 |
| 2.3. | การตรวจสวนและจี้ไฟฟ้าหัวใจ (EP & RF Ablation ) | 65,000 |
| 2.4. | การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pace maker Implantation) | 33,000 |
| 2.5. | การใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย (AICD) | 57,000 |
| 2.6. | การขยายลิ้นหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous valvuloplasty) | 65,000 |

**หมายเหตุ** ราคากลางกรณีการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการหัวใจ หมายถึงค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และการทำหัตถการหัวใจ รวมถึงค่าห้องที่ทำหัตถการ ค่ายา และค่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้การวินิจฉัยนั้นดำเนินการได้ครบถ้วน ไม่รวมค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ที่สามารถเบิกชดเชยได้ต่างหากตามบัญชีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค

4.3.7 ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ โดยจ่ายตามราคาจ่ายจริง แต่ไม่เกินอัตรา 20 บาทต่อครั้ง (เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น)

4.4 สรุปรายการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายสูงและอัตราการจ่ายชดเชย

| ลำดับ | เงื่อนไขการบริการ | ระบบคำนวณจ่าย | อัตราการจ่าย |
|---|---|---|---|
| 1 | Instruments | Point system with ceiling with global budget | ตามราคาที่กำหนดในประกาศปีงบประมาณ 2554 |
| 2 | การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน | Point system with ceiling with global budget | 2,000 บาท ต่อครั้ง |
| 3 | การรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) ในผู้ป่วย HIV | Point system with ceiling with global budget | - OP 3,000 บาทต่อครั้ง<br>- IP 15,000 บาทต่อครั้ง |
| 4 | การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ในผู้ป่วย HIV | Point system with ceiling with global budget | - 250 บาทต่อข้างต่อสัปดาห์<br>- 500 บาทต่อข้างต่อ 2 สัปดาห์ |
| 5 | การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) | Point system with ceiling with global budget | 12,000 บาทต่อชั่วโมง |
| 6 | การรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล | Point system with ceiling with global budget | <u>จ่ายชดเชยเมื่อรักษาครบ 1 cycle</u><br>ตามที่กำหนดของแต่ละโปรโตคอล (ค่ายาเคมีบำบัดที่กำหนดจ่ายชดเชยในแต่ละ cycle ได้รวมค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดเรียบร้อยแล้ว ) |
| 7 | การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป | Point system with ceiling with global budget | 4,000 บาทต่อครั้ง |
| 8 | การวินิจฉัย ราคาแพง และหัตถการหัวใจ (นอนสังเกตอาการ 1-2 วัน) | Point system with ceiling with global budget | ตามราคาที่กำหนดใน (ตารางที่ 3) |
| 9 | การให้สารเมทาโดนระยะยาว (MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น | Point system with ceiling with global budget | 20 บาทต่อครั้ง |

**หมายเหตุ :**

ก) ราคากลางของลำดับที่ 1) / อัตราจ่ายชดเชยของลำดับที่ 2-9 เป็นอัตราก่อนคำนวณตามระบบ Point system with ceiling with global budget

ข) รายการที่ 2-4 และ 6-7 คำนวณจ่ายชดเชยเป็นค่ายา / ค่าบริการ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา

ค) รายการที่ 1-9 สปสช. จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคากลาง / อัตราที่จ่ายหลังคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ Point system with ceiling with global budget เรียบร้อยแล้ว

## 5. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

5.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02-1415725 โทรสาร 0 2143 9735
Email address : Atthaporn.l@nhso.go.th

นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 02141 5028 โทรสาร 0 2143 9738
Email address : karoon.K@nhso.go.th

5.2 ผู้ประสานงาน

นางกฤษณา โกสีหเดช
สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 0 2141 4096 โทรสาร 0 2143 9738
Email address : kisana.K@nhso.go.th

นางอาภาภรณ์ ขจรชีพพันธุ์งาม
สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02-1414068 โทรสาร 0 2143 9735
Email address: apaporn.k@nhso.go.th

# 6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค

## 6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophillia)

### 1. หลักการและเหตุผล

โรคฮีโมฟีเลียเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายแต่หยุดยากซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Genetic x-linked recessive) มี 2 ชนิด คือ โรคฮีโมฟีเลีย เอ เกิดจากร่างกายขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด คือ แฟคเตอร์ VIII และโรคฮีโมฟีเลีย บี เกิดจากร่างกายขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด คือแฟคเตอร์ IX อุบัติการณ์ของโรคฮีโมฟีเลียที่พบในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 1:13,000 ถึง 1:20,000 ของประชากรไทย และพบโรคฮีโมฟีเลีย เอ ได้บ่อยกว่าโรคฮีโมฟีเลีย บี ประมาณ 5 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศทางตะวันตก ประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยฮีโมฟีเลียทั่วโลกน่าจะสูงถึง 400,000 คน และกว่าร้อยละ 75 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทย ที่คาดการณ์ไว้ในปี 2549 คาดว่ามีผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 1,500 คน

โรคฮีโมฟีเลียจะเกิดโรคเฉพาะชาย ส่วนหญิงนั้นจะเป็นพาหะของโรคโดยไม่มีอาการป่วย ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งชนิดเอและบี มีอาการแสดงเหมือนกันคือ จะมีอาการเลือดออกง่ายและหยุดยาก อาการเลือดออกจะเกิดขึ้นเองเป็นๆ หายๆ ตลอดชีวิต อวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยคือในข้อและกล้ามเนื้อ บางครั้งอาจมีเลือดออกในอวัยวะภายในได้ เช่น ในสมองหรือทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน พิการ หรือเสียชีวิตในที่สุด การดูแลรักษาโรคฮีโมฟีเลียที่เน้นรูปแบบการดูแลรักษาที่บ้าน โดยจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นให้ผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่บ้าน เพื่อสามารถนำมารักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที สามารถลดการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะทุพพลภาพ การเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องได้มาตรฐานตั้งแต่วัยเด็ก จะมีอายุขัยใกล้เคียงอายุขัยเฉลี่ยประชากร และมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลีกเลี่ยงความพิการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย โดยการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อแฟคเตอร์เข้มข้นแก่หน่วยบริการ เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียไปเก็บที่บ้าน ใช้รักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ยังร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น มูลนิธิโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียแห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยฮีโมฟีเลียทุกคน

## 2. คำนิยาม

2.1 โรคฮีโมฟีเลีย เอ เกิดจากร่างกายขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดคือ แฟคเตอร์ VIII

2.2 โรคฮีโมฟีเลียบี เกิดจากร่างกายขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดคือ แฟคเตอร์ IX

2.3 เลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding) หมายถึง ภาวะที่เริ่มมีอาการเลือดออกในกล้ามเนื้อหรือข้อ หรืออวัยวะอื่น ในระยะเวลา 1- 2 ชั่วโมงแรก

2.4 เลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน (Life threatening bleeding or Emergency Surgery) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง ซึ่งถ้าปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตในเวลาอันสั้น รวมถึงการผ่าตัดในกรณีฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิต เช่น ผ่าตัดสมอง การผ่าตัดในช่องท้อง เป็นต้น

## 3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีลียเข้าถึงบริการแฟคเตอร์เข้มข้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการรับส่งต่อให้บริการที่มีมาตรฐาน

3.3 พัฒนารูปแบบการจัดการรายโรค เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

## 4. เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิว่าง

## 5. การลงทะเบียนและสิทธิประโยชน์

5.1 การลงทะเบียน

5.1.1 ผู้ป่วยเก่าที่เคยลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2549-2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีฐานข้อมูลการลงทะเบียนของผู้ป่วยแยกตามหน่วยบริการรับส่งต่อที่รับลงทะเบียน โดยที่ไม่ต้องลงทะเบียนให้ผู้ป่วยซ้ำ แต่หน่วยบริการต้องลงข้อมูลการติดตามการรักษาผู้ป่วยรายเก่าทุกครั้งที่มารับบริการการให้แฟคเตอร์

5.1.2 ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียรายใหม่ที่ไม่เคยลงทะเบียนหรือรายเก่าที่ย้ายสิทธิเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้หน่วยบริการลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS

5.1.3 ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียต้องลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการอย่างถูกต้องที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสปสช. จำนวน 42 แห่ง ดังรายชื่อต่อไปนี้ (ทั้งนี้สปสช.อาจประกาศเพิ่มเติมในรายหลัง กรณีที่มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการเพิ่มในแต่ละปี)

| | |
|---|---|
| 1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | 22. โรงพยาบาลสุรินทร์ |
| 2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | 23. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี |
| 3. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | 24. โรงพยาบาลอุดรธานี |
| 4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | 25. โรงพยาบาลลำปาง |
| 5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 26. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ |
| 6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 27. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ | 28. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ |
| 8. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | 29. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก |
| 9. โรงพยาบาลราชวิถี | 30. โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ |
| 10. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | 31. โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 11. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | 32. โรงพยาบาลตรัง |
| 12. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา | 33. รพ.น่าน |
| 13. โรงพยาบาลสระบุรี | 34. รพ.นครปฐม |
| 14. โรงพยาบาลชลบุรี | 35. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 15. โรงพยาบาลระยอง | 36. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| 16. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี | 37. โรงพยาบาลวชิระ ภูเก็ต |
| 17. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ ปราจีนบุรี | 38. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ |
| 18. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี | 39. โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา |
| 19. โรงพยาบาลราชบุรี | 40. โรงพยาบาลสกลนคร |
| 20. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา | 41. โรงพยาบาลชุมพร |
| 21. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น | 42. โรงพยาบาลนราธิวาส |

**5.2 สิทธิประโยชน์**

5.2.1 ผู้มีสิทธิจะได้รับการคุ้มครองเฉพาะการจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการ เพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น โดยผู้มีสิทธิต้องมารับยาที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกำหนดนัดของหน่วยบริการนั้น และแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้กำหนดจำนวนยาที่จะนำไปเก็บไว้ที่บ้านตามความเหมาะสม

5.2.2 ผู้มีสิทธิจะได้รับแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง สำหรับการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน ตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน ที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

5.2.3 ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียในโครงการที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ

5.2.4 ผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการ รวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแฟคเตอร์เข้มข้นเท่านั้น ซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้

5.3 บริการที่ไม่ครอบคลุมโดยหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย

5.3.1 การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้น หน่วยบริการไม่สามารถเบิกชดเชยค่าแฟคเตอร์จาก สปสช.ได้ ให้ใช้ส่วนประกอบของเลือดในการรักษาตามปกติ

5.3.2 การรักษาความเจ็บป่วยทั่วไป เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ

5.3.3 การรักษาในภาวะฉุกเฉิน หากมีความจำเป็นต้องข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554

## 6. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

สปสช. รับขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโดยโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในโครงการนี้จะเรียกว่า “หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย” ซึ่งต้องมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

6.1 หลักเกณฑ์ทั่วไป

6.1.1 ต้องผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบใดระบบหนึ่ง

6.1.2 สามารถให้บริการทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

6.1.3 มีการบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ

6.1.4 มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับ พร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง

6.2 ด้านบุคลากร

6.2.1 มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจร ปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา สามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้คือ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือนักเทคนิคการแพทย์

6.2.2 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

6.3 ด้านการจัดบริการ สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

6.3.1 มีหน่วยงานเวชระเบียนรับผิดชอบในการจัดระบบข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ เรียกข้อมูลย้อนหลังได้ไม่ต่ำกว่า 3 ปี และรายงานให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตามที่กำหนด

6.3.2 มีหอผู้ป่วยในที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโลหิตวิทยา

6.3.3 มีห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือด และรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน และมีความพร้อมให้บริการในภาวะฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

6.3.4 มีความพร้อมด้านยาที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ สปสช. กำหนด

## 7. แนวทางการจัดบริการ

7.1 กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น

รูปแบบการให้แฟคเตอร์เข้มข้นมีหลายวิธี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาไม่ไกล หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียอาจเลือกวิธีสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการโดยไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัว เมื่อเกิดเลือดออกให้ผู้ป่วยรีบเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยบริการรับส่งต่อโดยตรงในทันที แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลจากหน่วยบริการรับส่งต่อหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาได้อย่างทันท่วงที หน่วยบริการรับส่งต่ออาจเลือกวิธีจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน เมื่อเกิดเลือดออกก็ให้นำยาไปฉีดหรือรับบริการที่หน่วยบริการประจำ พร้อมกับนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยไปให้หน่วยบริการนั้นลงบันทึกการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อตามนัดในครั้งต่อไปให้หน่วยบริการรับส่งต่อเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานและเบิกค่าแฟคเตอร์เข้มข้นชดเชยคืนส่วนที่ใช้ไป โดยลงข้อมูลการให้บริการทางเว็บไซต์ www.nhso.go.th ต่อไป

7.2 กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน

หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียสามารถให้แฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย โดยใช้ร่วมกับส่วนประกอบของเลือดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายค่าแฟคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยบริการ โดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด

โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน ที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่นผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าจัดไส้ติ่ง

7.3 หน่วยบริการสามารถติดตามดูแลผู้ป่วย ได้หลายช่องทาง เช่น

- การเยี่ยมบ้าน (Home care) หรือ
- ทางโทรศัพท์ โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐานใน OPD CARD หรือสมุดบันทึกการโทรศัพท์ของหน่วยบริการ หรือ
- ส่งแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรับแฟคเตอร์เข้มข้นตามโครงการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ให้ผู้ป่วยตอบกลับมมาที่หน่วยบริการ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงการมีชีวิต

อยู่และการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย

ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลประกอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ต้องสงสัยในการติดตามการรักษา หรือการ Follow up ติดตามดูแลผู้ป่วย

## 8. บทบาทการจัดบริการ

8.1 บทบาทของ Case manager

8.1.1 ทำทะเบียนผู้ป่วย ทบทวนการบริการ และติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการตามแผนการรักษา รวมทั้งการประเมินผล

8.1.2 ประสาน สนับสนุนและให้ข้อมูลแก่แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการรักษา

8.1.3 ให้คำปรึกษา แนะนำ และความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

8.1.4 แนะนำผู้ป่วยและเครือญาติให้ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

8.2 บทบาทหน่วยบริการประจำ

8.2.1 ให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปตามปกติตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

8.2.2 แนะนำและส่งผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่อยู่ในความดูแลไปลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

8.2.3 ให้บริการฉีดแฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่เริ่มมีอาการเลือดออก ตลอดจนดูแลรักษากรณีมีอาการเลือดออกที่ไม่ใช่อาการเลือดออกรุนแรงมากที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ด้วยส่วนประกอบของเลือด (พลาสม่าสด, พลาสม่าแห้ง, ไครโอปริซิปิเตรต เป็นต้น) หากเกินขีดความสามารถการรักษา ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยบริการระดับสูงขึ้นไปตามระบบส่งต่อหรือ ที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

8.2.4 ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติทางพันธุกรรม และส่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

8.3 บทบาทหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย

8.3.1 ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย

8.3.2 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งลงทะเบียนกับหน่วยบริการหรือถูกส่งตัวมาจากหน่วยบริการประจำ

8.3.3 ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้นให้ผู้ป่วยที่ลงทะเบียน เพื่อนำไปใช้กรณีที่เริ่มมีเลือดออกตามแนวเวชปฏิบัติ และดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

8.3.4 จัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

8.3.5 ประสานกับหน่วยบริการประจำ เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ

8.3.6 เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวและดูแลผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย ให้สามารถประกอบภารกิจในชีวิตประจำวันได้โดยปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงจากภาวะเลือดออก หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการเลือดออก

8.3.7 จัดกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านโรคฮีโมฟีเลีย เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการ และเครือข่ายผู้ป่วยแบบบูรณาการ

8.3.8 ส่งรายงานให้ สปสช. ตามเงื่อนไขที่กำหนด

## 9. การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

9.1 เกณฑ์และอัตราการจ่าย

การจ่ายชดเชยค่าบริการแก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

9.1.1 กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น เป็นการจ่ายเพิ่มจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการ ตามระดับอาการของผู้ป่วย ในอัตรา

1) ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 10 ปี

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Severe | - 180,000 | บาท/คน/ปี | (15,000 | บาท/คน/เดือน) |
| Moderate | - 108,000 | บาท/คน/ปี | ( 9,000 | บาท/คน/เดือน) |
| Mild | - 36,000 | บาท/คน/ปี | ( 3,000 | บาท/คน/เดือน) |

2) ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Severe | - 144,000 | บาท/คน/ปี | (12,000 | บาท/คน/เดือน) |
| Moderate | - 144,000 | บาท/คน/ปี | (12,000 | บาท/คน/เดือน) |
| Mild | - 72,000 | บาท/คน/ปี | ( 6,000 | บาท/คน/เดือน) |

9.1.2 กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นการจ่ายเพิ่มจากระบบ DRG ให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน ตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น แต่ไม่เกิน 120,000 บาท/ครั้งการนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)

9.2 การจ่ายเงิน

9.2.1 กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น แบ่งจ่ายเป็นงวดรายเดือนตามผลการให้บริการ

9.2.2 กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน จ่ายเป็นครั้งๆ ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน

9.3 เงื่อนไขการจ่าย

สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาหรือการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรมระบบ DMIS เท่านั้น โดย

9.3.1 หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในโครงการ ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้นบันทึกข้อมูลทุกเดือน กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตบันทึกข้อมูลที่ให้บริการแต่ละครั้ง

9.3.2 สปสช. จะตัดข้อมูลการให้บริการทุกวันที่ 25 ของเดือน และจะทำการจ่ายชดเชยภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

9.3.3 กรณีมีการย้ายหน่วยบริการรับส่งต่อที่รักษา สปสช.จะจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อที่รับย้ายตามงวดการจ่ายเงินเดิม โดยจะเริ่มโอนเงินงวดต่อจากงวดที่หน่วยบริการเดิมได้รับไปแล้ว

9.3.4 กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือไม่มารับบริการอีก สปสช. จะยุติการโอนเงินงวดต่อไปให้หน่วยบริการรับส่งต่อ

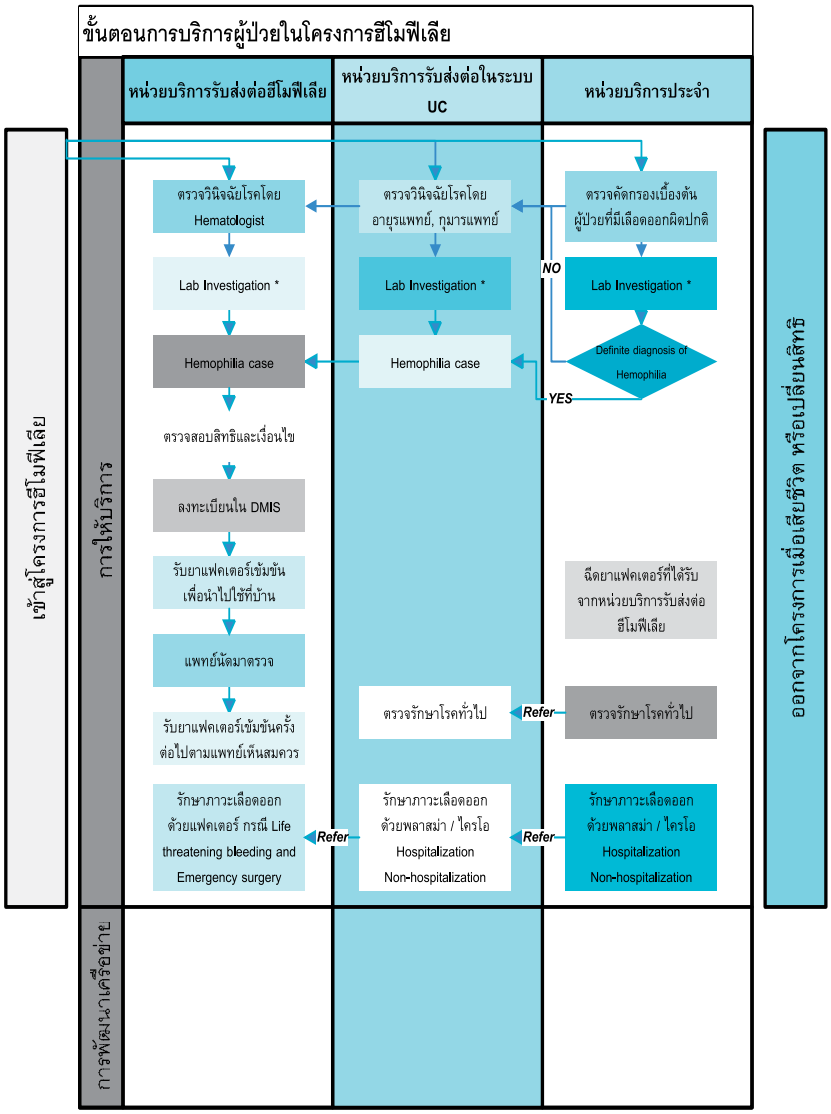
อนึ่ง สปสช. สามารถขอตรวจประวัติการรักษา เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

## 10. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 10.1 ผู้บริหารระบบภาพรวม | ผู้จัดการกองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง<br>โทรศัพท์ 0 2141 5033 |
| 10.2 ผู้ประสานงาน | นายหทัยวุฒิ ลำเทียน<br>กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง<br>โทรศัพท์ 02-1414145<br>E-mail address:hathavut@nhso.go.th |

นางเบญจมาศ เลิศชาคร
สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02-1414069
E-mail address:benjamas.l@nhso.go.th

นายจิโรจน์ นาคไพจิตร
สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน
โทรศัพท์ 02-1414083
E-mail address: chirod.n@nhso.go.th



## 6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track)

### 1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ร้อยละของการเสียชีวิต 8.74, 8.46, 8.05 ในปี 2550, 2551 และ 2552) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST- Elevated Myocardial infarction: STEMI) (ร้อยละของการเสียชีวิต 16.95, 17.87, 16.68 ในปี 2550, 2551 และ 2552)[5] และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้น้อย ดังนั้น สปสช. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานอย่างทันเวลา

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดทุพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 มีกลไกการจัดการด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และทันเวลา

---

[5] ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยยาละลายลิ่มเลือด

## 3. กรอบบริหารงบประมาณ

3.1 งบประมาณสนับสนุนให้หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track)

3.2 หน่วยบริการเป้าหมาย ได้แก่ หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยยาละลายลิ่มเลือดตามที่ สปสช.กำหนด

## 4. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 การบริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากระบบ DRG ปกติ เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่า CT Brain หรือค่าทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล(ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด) เหมาจ่ายรายละ 60,600 บาท (หกหมื่นหกร้อยบาทถ้วน)โดยวิธีการเบิกจ่ายเป็นไปตามตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และอัตราการจ่ายชดเชยเป็นไปตามปีปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2 การบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากระบบ DRG ปกติ ดังนี้

4.2.1 ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

4.2.2 ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 จัดทำแผนสนับสนุนการบริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

5.1.2 จัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1.3 ประสานกับ สปสช.เขต เพื่อประชาสัมพันธ์ และประสานงานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการเข้าร่วมดำเนินการ

5.1.3 ประสานกับสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน เพื่อจัดทำโปรแกรม หรือปรับปรุงโปรแกรมในการลงข้อมูลผู้ป่วย

5.1.5 ร่วมกับสำนักบริหารสารสนเทศการประกันในการชี้แจง และทำความเข้าใจกับสำนักงานเขต หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการใช้โปรแกรม

5.1.6 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1.7 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในภาพรวม

5.1.8 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอในการสนับสนุนการบริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีต่อไป

5.2 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

5.2.1 ดำเนินการออกรายงานและจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้หน่วยบริการ

5.2.2 รวบรวมข้อมูลของการให้บริการ เพื่อไปใช้ในการวิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินการ

5.3 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

5.3.1 จัดทำโปรแกรม หรือปรับปรุงโปรแกรมในการลงข้อมูลผู้ป่วย

5.3.2 ชี้แจง และทำความเข้าใจกับสำนักงานเขต หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการใช้โปรแกรม

5.4 สปสช.เขต

5.4.1 ประสานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการเข้าร่วมให้บริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track)

5.4.2 ร่วมกับสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ และสำนักบริหารสารสนเทศการประกันในการชี้แจง และทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรม

5.4.3 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในระดับเขต

5.4.4 รวบรวมข้อมูล ผลการดำเนินงานส่งสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานต่อไป

5.5 หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ

5.5.1 ให้การรักษาผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่สปสช.กำหนด

5.5.2 บันทึกข้อมูลในระบบ E-Claim และ DMIS เพื่อเบิกค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

1) การให้บริการผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ลงข้อมูลในระบบ E-Claim ดังนี้

(1.1) ระบุ Principal Diagnosis (ICD10) ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (I63)

(1.2) ระบุรหัสหัตถการ (ICD9CM) ครบ 3 หัตถการ ได้แก่ CT Brain (8703) และ Thrombolytic Agent (9910) หรือ Physical Therapy Exercises (931) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด

2) การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track) ลงข้อมูลในระบบ E-Claim และ DMIS ดังนี้

(2.1) ลงข้อมูลในระบบ E-Claim โดยระบุ Principal diagnosis (ICD10) เป็น I210-I213 และระบุรหัสหัตถการ (ICD9CM) เป็น Thrombolytic agent (9910)

(2.2) ลงข้อมูลเพิ่มเติมในระบบ DMIS หลังบันทึกข้อมูลในระบบ E-Claim แล้วไม่เกิน 30 วัน

ทั้งนี้หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ให้ติดต่อผ่านสำนักงานเขต สปสช.

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามที่สปสช. กำหนด

6.2 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ

6.3 วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามข้อมูลที่ได้รับ

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-mail address: panthep.k@nhso.go.th

7.2 ผู้ประสานงาน

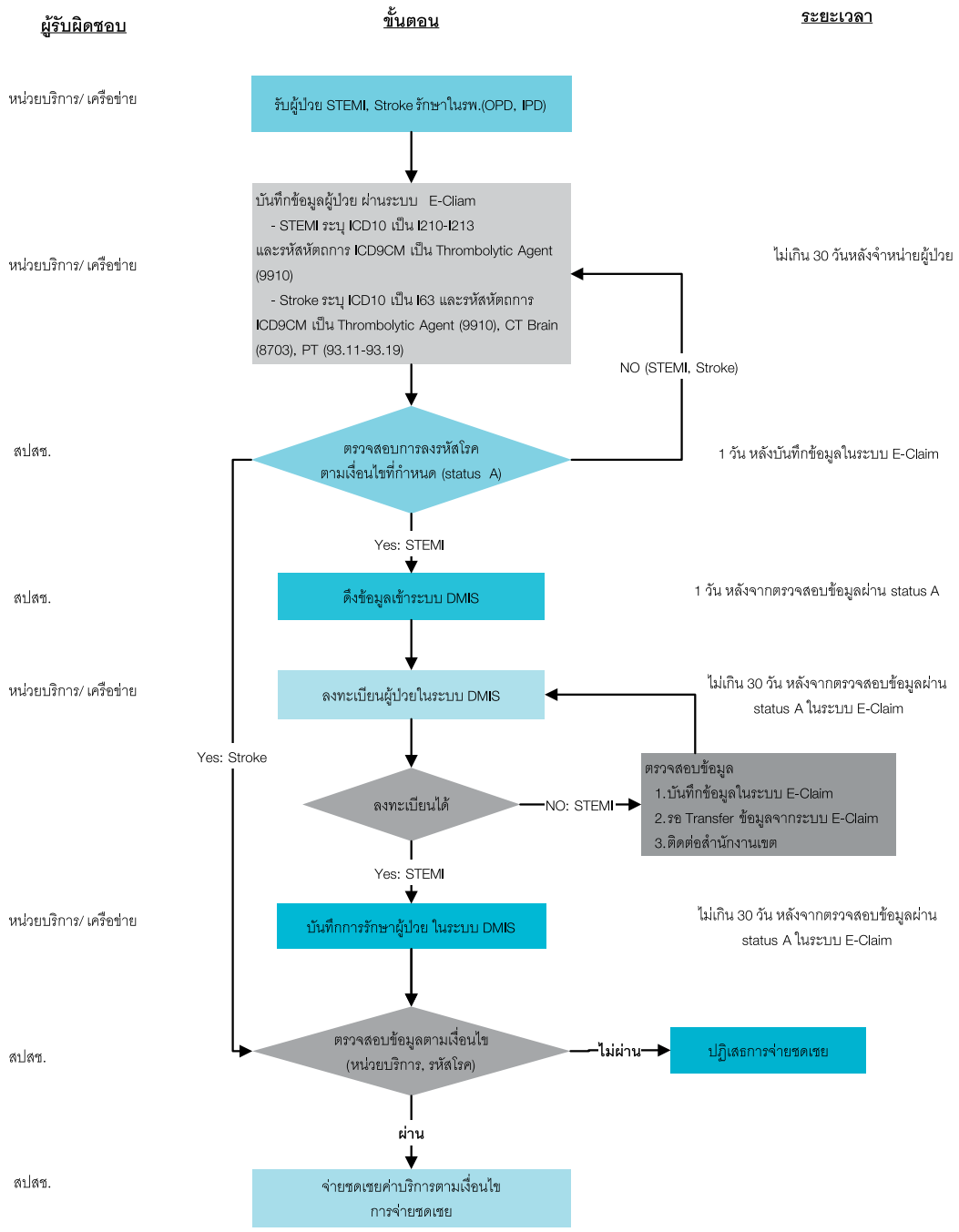
นางอรวรรณ ไชยวรรณ
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4115
E-mail address: orawan.w@nhso.go.th

นางนฤมล สิริคุณาลัย
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4273
Email Address: naruomol.s@nhso.go.th

นางบรรจง จำปา
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4066
E-mail address: bunjong.c@nhso.go.th

นายจิโรจน์ นาคไพจิตร
สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน
โทรศัพท์ 0 2141 4083
E-mail address: chirod.n@nhso.go.th

**ขั้นตอนการดำเนินงานสนับสนุนการบริหารจัดการงบสนับสนุนบริการ**
**โรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง** (Stroke Fast Track)
**และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน** ST
(Acute ST-Elevated Myocardial Infection Fast Track)



## 6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

### 1. หลักการและเหตุผล

โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศสามารถเกิดได้กับคนทุกวัยและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆตามมา เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ไตวายเรื้อรัง ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคนิ่วรอรับการรักษาจำนวนมากเนื่องจากถือว่าเป็นโรคที่ไม่เร่งด่วน และประกอบกับเทคโนโลยีการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วมีต้นทุนลดลง ดังนั้นเพื่อลดการรอคิวของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จึงปรับการจ่ายชดเชยจากจ่ายด้วยระบบ DRG with global budget เป็นจ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด และหากมีการให้บริการมากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้งให้จ่ายเพียง 1 รายการเฉพาะรายการที่มีราคากลางสูงสุด โดยการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพลดระยะเวลาการรอคิวและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

2.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจ่ายชดเชยค่าบริการของ สปสช.

2.3 เพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

### 3. ขอบเขตการให้บริการ

บริการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด (Open Surgery) บริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง (Uretero-renoscope with lithotripsy) และบริการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extra corporeal lithotripsy หรือ ESWL) โดยในการพิจารณาการให้บริการ ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

## 4. หน่วยบริการที่ให้บริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีศักยภาพในการให้บริการตามประกาศ สปสช. เรื่องการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2553

## 5. การใช้สิทธิเข้ารับบริการ

ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการดังกล่าวได้โดยผ่านระบบบริการและระบบส่งต่อปกติ

## 6. การจ่ายชดเชยค่าบริการ

การบริหารงบกองทุนในส่วนการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่ว เพื่อนำนิ่วออกจากทางเดินปัสสาวะเป็นรายการที่จ่ายในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยจ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

| รายการ | ราคากลาง |
|---|---|
| 1. บริการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิด | 25,000 |
| 2. บริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง | 16,000 |
| 3. บริการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว | 6,500 |

**หมายเหตุ** ผ่าตัดด้วยกล้อง Percutaneous Nephrolithotripsy (PCNL) ให้เบิกได้ในอัตราเดียวกับการผ่าตัดแบบเปิด และหากมีความจำเป็นตาม CPG สามารถเบิกได้ไม่เกินข้างละ 2 ครั้ง ต่อปี

โดยมีเงื่อนไขการชดเชยดังนี้

6.1 ราคากลางต่อครั้งบริการ เป็นค่าใช้จ่ายทุกรายการต่อครั้งที่ผู้ป่วยใช้บริการผู้ป่วยนอกหรือต่อครั้งที่ใช้บริการผู้ป่วยใน

6.2 ราคากลางต่อครั้งบริการ เป็นราคาที่รวมค่าตรวจ ค่าบริการ ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนและค่าอื่นๆ รวมทั้งค่าภาระงานสำหรับรายการที่ 1, 2 และ 3 เป็นจำนวนเงิน 6,625 บาท 3,125 บาท และ 1,200 บาท ตามลำดับแล้ว

6.3 การเข้ารับบริการ 1 ครั้ง สามารถให้บริการได้หลายรายการ และ สปสช.จะจ่ายชดเชยให้ในรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุดเพียงรายการเดียว

6.4 ขอบเขตการจ่ายชดเชย

6.4.1 บริการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด จ่ายชดเชยไม่เกินข้างละ 1 ครั้งต่อคนต่อปี

6.4.2 บริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง จ่ายชดเชยไม่เกินข้างละ 2 ครั้งต่อคนต่อปี

6.4.3 บริการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว จ่ายชดเชยไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี

ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยได้ทาง www.nhso.go.th เลือกสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ

6.5 หน่วยบริการสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ 13 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รพ. ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รพ.พระมงกุฎเกล้า รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รพ.สงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ รพ.ราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร **สามารถเลือกวิธีขอรับการชดเชยได้ เฉพาะรายการบริการรักษาด้วยการ ผ่าตัดแบบเปิด และ บริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้องว่าต้องการรับแบบเหมาตามราคากลางหรือรับด้วยระบบ DRG with global budget** (ซึ่ง รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ และ รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร เลือกขอรับการจ่ายชดเชย รายการ ผ่าตัดแบบเปิด และ การรักษาด้วยเครื่องส่องกล้องด้วยระบบเหมาจ่าย)

6.6 สำหรับการหักเงินเดือน เนื่องจากมีการหักเงินเดือนครบถ้วนในรายการอื่นแล้วจึงไม่มีการหักเงินเดือนในรายการนี้อีก

## 7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย ให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วันหลังให้บริการ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2554

## 8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สปสช.จะออกรายงานการจ่ายชดเชยหลังออก statement รายเดือน 14 วัน และดำเนินการโอนเงินอีกประมาณ 15 วันทำการ

กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน สามารถดำเนินการอุทธรณ์ไปที่ สปสช.ได้ภายใน 30 วัน

หลังได้รับการโอนเงินให้บริการ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2554

## 9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

9.1 สปสช.จะร่วมมือกับสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ในการพัฒนาและควบคุมกำกับคุณภาพการบริการ

9.2 ใช้ระบบการ Audit เพื่อตรวจติดตามคุณภาพการชดเชยค่าบริการ

9.3 หน่วยบริการส่งข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย เพื่อติดตามความก้าวหน้าและคุณภาพการให้บริการ ตามที่สปสช.กำหนด

## 10. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

10.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์สุรพล อริยปิติพันธ์
ผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย
โทรศัพท์ 02-1415041
E-mail address: surapol.ar@nhso.go.th

10.2 ผู้ประสานงาน

นายปราโมทย์ แย้มพร้อม
กองทุนโรคไตวาย
โทรศัพท์ 02-1414131
E-mail address: pramoat.y@nhso.go.th

นางเบญจมาศ เลิศชาคร
สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ 02 1414069
E-mail address : benjamas.l@nhso.go.th

## 6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

### 1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่ 66,679 คนในปี พ.ศ. 2538 เป็น 100,808 คนในปี พ.ศ.2550 และคาดว่ามีผู้ป่วยโรคที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยที่ได้รับยาพ่นเสตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคมีเพียง 6.7% การจัดระบบให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย โดยเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมการประเมินสมรรถภาพปอด และการให้ความรู้การใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกวิธี จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแล รักษา ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

2.2 มีรูปแบบบริการ เพื่อสร้างกลไกการเข้าถึงยาสูดพ่น อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ

### 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

3.1 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรคหืด

สำหรับหน่วยบริการประจำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ (ยกเว้นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในโครงการ easy asthma clinic ปีงบประมาณ 2553)

3.2 การชดเชยสำหรับการรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์

สำหรับผู้ป่วยนอกโรคหืดสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน easy asthma clinic ที่ได้รับการดูแลรักษาตามเงื่อนไขที่กำหนด ของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2553 – 2554 (ข้อมูลบริการในปีงบประมาณ 2553 และ 2554)

### 4. แนวทางสนับสนุน

4.1 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรคหืด

4.1.1 คุณสมบัติของหน่วยบริการ

1) สามารถจัดให้มีคลินิกผู้ป่วยโรคหืด ที่มีสถานที่ ช่วงเวลาให้บริการ และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการ

2) สนับสนุนให้บุคลากรที่ทำหน้าที่ในคลินิกผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เข้ารับการอบรม ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืด easy asthma clinic ตามที่ สปสช.กำหนด

3) บันทึกการให้บริการผู้ป่วยทุกรายตามโปรแกรม easy asthma clinic ที่ครอบคลุมบริการทั้ง แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และห้องฉุกเฉิน

4.1.2 เงื่อนไขการให้บริการ

1) การประเมินสมรรถภาพปอด

2) การให้ยาสูดตามแนวทางที่กำหนด

3) การให้คำแนะนำ และประเมินการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธี

4) การให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยกระตุ้น และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบ

5) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่ม uncontrolled

4.1.3 หลักเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณ

1) จำนวน 30,000 บาท เมื่อหน่วยบริการจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหืด Easy asthma clinic ภายใน 1 เดือนหลังจากรับการอบรม ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและมีข้อมูลการให้บริการต่อเนื่องตั้งแต่เดือนแรก

2) จำนวน 1,500 บาทต่อหน่วยบริการ สำหรับการจัดอบรม ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

4.2 การชดเชยสำหรับการรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์

4.2.1 คุณสมบัติของหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด easy asthma clinic ในปีงบประมาณ 2553 และ 2554

4.2.2 เงื่อนไขการให้บริการ

ดูแลผู้ป่วยนอกโรคหืด และบันทึกข้อมูลการให้บริการ ตามที่กำหนดใน Easy asthma clinic

4.2.3 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

1) จัดสรรตามข้อมูลการให้บริการใน easy asthma clinic โดยต้องมีข้อมูลประกอบด้วย

1.1) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง / 6 เดือน

1.2) ต้องเป็นบริการที่ให้การรักษาด้วยยาสูดพ่นสเตียรอยด์ หรือยาสูดพ่นที่มีส่วนผสม สเตียรอยด์

1.3) ต้องเป็นบริการที่มีผลการตรวจประเมินสมรรถภาพปอด

1.4) ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนและประเมินการใช้ยาสูดพ่น

2) จัดสรรงบจำนวน 250 บาทต่อครั้ง(จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ ปี)

2.1) งวดที่ 1 จัดสรรตามข้อมูลบริการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 – ธันวาคม 2553 (สำหรับหน่วยบริการที่เข้าโครงการ EAC ในปีงบประมาณ 2553)

2.2) งวดที่ 2 จัดสรรตามข้อมูลบริการตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 – มิถุนายน 2554

2.3) งวดที่ 3 จัดสรรตามข้อมูลบริการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 – ธันวาคม 2554

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 กำหนดกรอบแนวทางการบริหารจัดการในภาพรวม

5.1.2 ประสาน ทำความเข้าใจ สนับสนุน สำนักงานเขต ในการบริหารจัดการ

5.1.3 ระสานวิทยากรส่วนกลางในการอบรม ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

5.1.4 รับข้อมูล ตรวจสอบ ออกรายงาน และเสนอขออนุมัติโอนงบการให้บริการยาสูดพ่นสเตียรอยด์

5.1.5 กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานในระดับประเทศ

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 ประสาน ทำความเข้าใจ ในระดับพื้นที่ และพิจารณาความพร้อมหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

5.2.2 ประสานวิทยากรระดับเขตในการอบรม ฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

5.2.3 ตรวจสอบผลงาน และจัดสรรงบการพัฒนาระบบบริการให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

5.2.4 ประสาน และจัดสรรงบการจัดอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

5.2.5 กำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยบริการในระดับเขต

5.3 หน่วยบริการ

5.3.1 สมัครเข้าร่วมโครงการ ผ่าน สปสช. เขต ภายในระยะเวลาที่กำหนด

5.3.2 จัดให้มีคลินิกบริการผู้ป่วยโรคหืด ที่มีสถานที่ ช่วงเวลาให้บริการ และบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการ

5.3.3 สนับสนุนให้บุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เข้ารับการอบรมฟื้นฟูทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหืด easy asthma clinic (เฉพาะหน่วยบริการที่เข้าโครงการ Easy asthma clinic ในปีงบประมาณ 2554)

5.3.4 จัดให้มีบริการ ตามเงื่อนไขการให้บริการที่กำหนด

5.3.5 บันทึก ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยทุกรายตามโปรแกรม easy asthma clinic

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกโรคหืด ใน Easy asthma clinic

6.2 อัตราการได้รับ ICS ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิก

6.3 อัตราการเกิดอาการกำเริบจนต้องมาโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิก Easy asthma clinic

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-mail address : panthep.k@nhso.go.th

7.2 ผู้ประสานงาน

นางวรรณา เอียดประพาล
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4116
E-mail address : wanna.e@nhso.go.th

## 6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### 1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

การตายด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยมีอัตราตายเพิ่มขึ้นทุกปี กระทั่งปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมาพบว่าสาเหตุการตายของมะเร็งทุกชนิดมีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่ง แสดงให้เห็นว่า โรคมะเร็งเมื่อเกิดขึ้นแล้วโอกาสที่เจ็บป่วยถึงขั้นเสียชีวิตมีสูงสุด นั่นคือโอกาสที่จะรักษาให้หายนั้นมีโอกาสน้อยมาก และถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงและเวลาในการรักษายาวนาน ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีอาการปวดขณะรักษา ในกรณีเช่นนี้การบรรเทาอาการปวดและการรักษาโรคควรดำเนินไปพร้อมๆ และระบบบริการไม่สามารถรองรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้อยู่ในโรงพยาบาลได้เพราะมีเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปดูแลต่อที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย

การดูแลผู้ป่ยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเน้นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในชุมชนและที่บ้านอย่างเหมาะสม

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ด้วยยามอร์ฟีนตามความเหมาะสม

2.3 เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการ ถึงที่บ้านและชุมชน

## 3. กรอบการบริหารงบประมาณ แบ่งตามกิจกรรม

3.1 การจัดเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งที่บ้านและชุมชน

สำหรับหน่วยบริการที่มีการจัดเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสามารถให้บริการยามอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งที่บ้านและชุมชน

3.2 การให้ยามอร์ฟีนบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน ทั้งที่บ้านและชุมชน

## 4. แนวทางสนับสนุน

4.1 การจัดเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งที่บ้านและชุมชน

4.1.1 คุณสมบัติหน่วยบริการแม่ข่ายระดับจังหวัด / เขต

1) ศูนย์มะเร็ง หรือหน่วยบริการที่มีรูปแบบบริการและทีมบุคลากรที่ได้รับมอบหมายตามโครงสร้างที่ระบุขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ในงานบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2) สามารถบริหารจัดการให้เกิดระบบบริการแบบเครือข่ายระดับจังหวัด/เขต และสนับสนุนการให้บริการของลูกข่าย โดยเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ สนับสนุนการบริหารจัดการยาแก้ปวดมอร์ฟีนภายในเครือข่าย จัดระบบข้อมูลเพื่อการรับส่งต่อ และการติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง
3) สามารถจัดอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายในเครือข่าย

4.1.2 คุณสมบัติหน่วยบริการลูกข่าย จำนวน 3 แห่ง ต่อ 1 เครือข่าย

1) หน่วยบริการประจำที่มีรูปแบบบริการ และทีมบุคลากรที่ได้รับมอบหมายตามโครงสร้างที่ระบุขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ชัดเจนในงานบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2) อยู่ในพื้นที่ ซึ่งหน่วยบริการแม่ข่ายสามารถบริหารจัดการในระบบบริการแบบเครือข่าย
3) สามารถขยาย / พัฒนา การให้บริการในรูปแบบเครือข่ายบริการ ทั้งการรับส่งต่อจากแม่ข่าย และการส่งกลับผู้ป่วยไปยังชุมชน / บ้าน

4) สนับสนุนให้ทีมบุคลากรเข้าร่วมการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

4.3.1 เงื่อนไขการให้บริการ หน่วยบริการแม่ข่ายและลูกข่าย ต้องจัดบริการ

1) ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
2) มีแนวทางการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแลแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์ มาตรฐาน เช่น การประเมิน PPS
3) ให้คำปรึกษา คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย
4) ให้การรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการปวด อย่างเป็นระบบและมีบันทึกการประเมินผลการจัดการความปวด (Pain management) อย่างต่อเนื่อง สามารถตรวจสอบได้
5) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อการส่งต่อ / ส่งกลับผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างทีมสุขภาพ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
6) พัฒนา / เตรียมความพร้อมหน่วยบริการใกล้บ้าน/เครือข่าย เพื่อการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่องและการรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น อาการเจ็บปวด (Pain management) ที่บ้าน
7) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาความต้องการ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย ความพร้อมของญาติและผู้ดูแล
8) ประสานความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
9) พัฒนา /เตรียมความพร้อมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย

4.1.4 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ รวม 375,000 บาทต่อเครือข่าย

1) หน่วยบริการแม่ข่าย จำนวน 150,000 บาท ตามเงื่อนไขที่กำหนด
2) หน่วยบริการลูกข่าย จำนวน 75,000 บาท ต่อ 1 หน่วย ตามเงื่อนไขที่กำหนด

4.2 การให้ยามอร์ฟีนบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.2.1 คุณสมบัติของหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

4.2.2 เงื่อนไขการให้บริการ

1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัย เพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับยามอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการปวด ในชุมชน / ที่บ้าน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย และการใช้ยามอร์ฟีน
2) มีการประเมิน Pain score ก่อนและหลังการปรับขนาดยามอร์ฟีน และมีบันทึกสำหรับการติดตาม และตรวจสอบ
3) บันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ E-claim ของสปสช.

4.2.3 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

1) จัดสรรตามข้อมูลบริการในระบบ E-claim ในแต่ละ visit ที่มีข้อมูล
   1.1) Diagnosis (ICD10) เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับ Z 51.5 (palliative)
   1.2) ชนิดของยามอร์ฟีน (ตามรหัสยา)
   1.3) ปริมาณยาและจำนวนวัน ที่จ่ายยามอร์ฟีนให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง
2) จัดสรรงบจำนวน 100 บาทต่อจำนวนวันที่จ่ายยา MO โดยมีเงื่อนไขระยะเวลาการส่งข้อมูล วันตัดยอด การออกรายงาน การแก้ไขข้อมูล เป็นไปตามปฏิทินการออก statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 กำหนดกรอบการบริหารจัดการในภาพรวม

5.1.2 ประสาน ทำความเข้าใจ สนับสนุนสำนักงานเขต ในการบริหารจัดการ

5.1.3 กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับประเทศ

5.2 สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน

รับข้อมูลผ่านระบบ E-claim ตรวจสอบ ประมวลผล ออกรายงาน และเสนอขออนุมัติโอนเงิน สำหรับกิจกรรมการให้ยามอร์ฟีนบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.3 สปสช.เขต

5.3.1 ประสาน ทำความเข้าใจกับหน่วยบริการในพื้นที่และพิจารณาความพร้อมหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

5.3.2 จัดทำแบบแสดงความจำนงของหน่วยบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดเครือข่ายบริการ

5.3.3 ตรวจรับผลงาน ดำเนินการเบิกจ่ายตามเงื่อนไขการจัดเครือข่ายบริการ

5.3.4 ประสานระหว่างหน่วยบริการและส่วนกลาง ในการตรวจสอบ และอุทธรณ์ข้อมูลผลงานบริการที่ได้จากระบบ E-claim

5.3.5 กำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของเครือข่ายบริการ และการให้บริการยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน ในระดับเขต

5.4 หน่วยบริการ

5.4.1 สมัครเข้าร่วมโครงการ ผ่าน สปสช. เขต ภายในระยะเวลาที่กำหนด

5.4.2 ดำเนินการจัดให้มีบริการ บันทึก จัดเก็บข้อมูลการจัดเครือข่ายบริการ และการให้บริการยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

5.4.3 ประสาน ตรวจสอบ ยืนยัน และอุทธรณ์ข้อมูลผลงานการให้บริการตามระยะเวลาที่กำหนด ผ่าน สปสช. เขต

5.4.5 ส่งผลงานตามข้อตกลงการดำเนินงาน ผ่าน สปสช.เขต

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 รายงานผลการดำเนินงานการจัดเครือข่ายบริการตามเงื่อนไขที่กำหนด

6.2 ข้อมูลการให้บริการยามอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-mail address : panthep.k@nhso.go.th

7.2 ผู้ประสานงาน

นางสาวนฤมล อรรถกุล
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4125
E-mail address : narumol.a@nhso.go.th

นางกฤษณา โกสีหเดช
สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 0 2141 4096
E-mail address : kisana.k@nhso.go.th

## 6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

### 1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดให้มีการบริหารจัดการในลักษณะโครงการนำร่อง เพื่อให้มีการหาปัจจัยต่างๆ ในการจัดระบบบริการให้มีการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม

### 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ

### 3. กรอบบริหารงบประมาณ

งบประมาณในการบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นเงิน 20,000,000 บาท จำนวนผู้ป่วย 25 ราย

### 4. แนวทางการสนับสนุน

4.1 ผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.2 หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด

4.3 แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการ

4.3.1 จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบเหมาจ่ายรายละ 800,000 บาท

4.3.2 ค่าชดเชยการรักษาพยาบาลดังกล่าวประกอบไปด้วย ค่า HLA Matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี

ตั้งแต่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (โดยทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก)

4.3.3 จ่ายชดเชยเป็นเงิน 3 งวด ดังนี้

1) งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ของการจ่ายเงินชดเชยของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

   1.1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและคัดเลือกผู้ป่วยในโครงการบริหารจัดการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

   1.2) ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการแล้วภายใน 30 วันหลังจากที่หน่วยบริการได้รับผลการพิจารณาของคณะทำงานฯ

   1.3) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกตามแบบฟอร์มรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยในโครงการ ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

2) งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ของการจ่ายเงินชดเชยของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จนกระทั่งได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Status = Improve) และติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายไปแล้ว 30 วัน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและรายงานผลการรักษาและผลการติดตามให้ สปสช.ทราบ

3) ในกรณีผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ แต่ต่อมาเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิทธิอื่น หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาพยาบาล หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการ และแจ้งให้สปสช.ทราบภายใน 15 วันหลังจากผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิตแล้ว และสปสช.จะยุติการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตั้งแต่งวดที่ผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิตเป็นต้นไป

4.4 หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และรายงานผลการติดตามผู้ป่วยมาให้ สปสช.รับทราบตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช.ทราบตามที่กำหนด อาจมีผลต่อการดำเนินการในปีงบประมาณต่อไป

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 จัดทำแผนสนับสนุนการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1.2 จัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับคณะทำงานฯ

5.1.3 จัดทำคุณสมบัติ/มาตรฐานหน่วยบริการ ที่จะเข้าร่วมโครงการ และพิจารณาคัดเลือกร่วมกับคณะทำงานฯ

5.1.4 ประสานและร่วมกับคณะทำงานพิจารณาอนุมัติการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

5.1.5 ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ และติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1.6 ประสานกับสปสช.เขต เพื่อประชาสัมพันธ์ และประสานงานกับหน่วยบริการ/ในการเข้าร่วมดำเนินการ

5.1.7 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอในการสนับสนุนการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีต่อไป

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยบริการที่ต้องการเข้าร่วมโครงการร่วมกับสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.2.2 ประสานกับหน่วยบริการ ในการทำแบบแสดงความจำนงในการเข้าร่วมโครงการ หลังจากที่คณะทำงานฯพิจารณาอนุมัติ

5.3 หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

5.3.1 ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ สปสช.กำหนด

5.3.2 ส่งเอกสาร และข้อมูลตามที่กำหนดเพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการให้ติดต่อผ่าน สปสช.เขต

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

6.2 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ

6.3 วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามข้อมูลที่ได้รับ

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

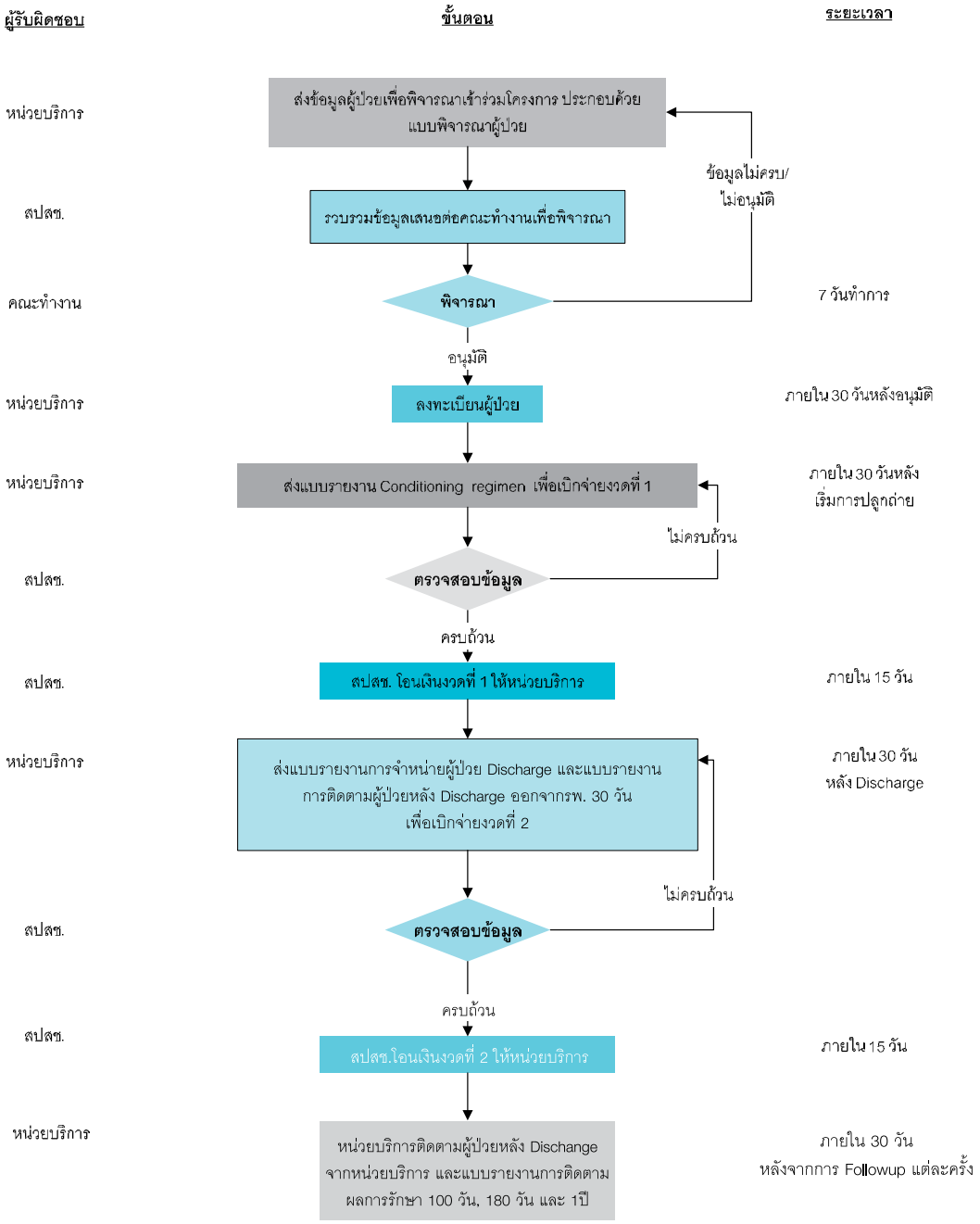
นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-mail address: panthep.k@nhso.go.th

7.2 ผู้ประสานงาน

นางอรวรรณ ไชยวรรณ
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4115
E-mail address: orawan.w@nhso.go.th

นางสาววนิดา จิตรวิมลรัตน์
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4124
E-mail address : wanida.j@nhso.co.th

## ขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



## 6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 1. หลักการและเหตุผล

โรคต้อกระจก เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่นมัว จากการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยในปี 2549-2550 พบว่าต้อกระจกยังเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดถึงร้อยละ 51.89 การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกที่มีข้อบ่งชี้เป็นการรักษาที่ได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นและมีการใช้ชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตัวเองได้ดีกว่าก่อนผ่าตัดมาก รวมถึงส่วนใหญ่จะมีระดับสายตาที่ใกล้เคียงกับสายตาปกติ สำหรับประเทศไทยเลนส์แก้วตาเทียมได้รับการแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ทุกรายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ปัจจุบันเลนส์เทียมมีสองประเภทหลักๆ ได้แก่เลนส์แข็งพับไม่ได้ (Rigid non-foldable intraocular lens) และเลนส์นิ่มพับได้ (Foldable intraocular lens)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สปสช. ได้สนับสนุนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยต้อกระจกที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในส่วนการให้บริการรักษาโดยหน่วยบริการซึ่งจ่ายชดเชยด้วยระบบ DRG และการให้บริการรักษาโดยหน่วยผ่าตัดต้อกระจกในโครงการผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจ่ายชดเชยในอัตราเหมาจ่าย ซึ่งการให้บริการการรักษาทั้งสองระบบสามารถเพิ่มอัตราการผ่าตัดต้อกระจก และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต้อกระจกได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอัตราการจ่ายชดเชยเดิมมีความแตกต่างระหว่างสองระบบ แม้เป็นการผ่าตัดชนิดเดียวกัน มีผลทำให้มีการเบิกจ่ายที่ล่าช้าและไม่เป็นธรรม จึงปรับการจ่ายชดเชยให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการโดยรวม รวมทั้งทำให้การบริหารจัดการและการชดเชยค่าบริการเป็นไปด้วยความรวดเร็วมากขึ้น ประกอบกับมีการปรับการบริหารจัดการการชดเชยเลนส์เทียมให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงปรับการจ่ายชดเชยจากจ่ายด้วยระบบ DRG with global budget หรืออัตราเหมาจ่ายในโครงการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นจ่ายในอัตราเดียวคือเหมาจ่ายต่อข้างของตาที่ผ่าตัดโดยไม่หักเงินเดือน{เฉพาะกรณีการผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่ซับซ้อน (no complication and comorbidity; PCCL= 0) และเป็นการให้บริการผ่าตัดโดยหน่วยบริการ หรือกรณีการผ่าตัดต้อกระจกโดยหน่วยผ่าตัดเคลื่อนที่ และเปลี่ยนการสนับสนุนเลนส์เทียมจากการจ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดาน

ราคากลางที่กำหนด เป็นการสนับสนุนเลนส์เทียมแก่การผ่าตัดต้อกระจกทุกรายโดยให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่สปสช.กำหนด นอกจากนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดให้รวมการบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจกกรณีซับซ้อน (with comorbility complication : PCCL ≠ 0) มาบริหารจัดการด้วย

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 ผู้ป่วยต้อกระจกได้เข้าถึงบริการ ลดการรอคิว และเพิ่มคุณภาพการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อน และความพิการ รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.2 มีการจ่ายชดเชยที่มีมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เพื่อส่งเสริมให้มีการผ่าตัดที่เหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐาน และไม่เป็นภาระแก่ผู้ให้บริการ

2.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการการชดเชยเลนส์เทียมให้มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย อันจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน รวมถึงเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยยิ่งขึ้น

## 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

3.1 เป้าหมาย

3.1.1 หน่วยบริการที่ดำเนินการให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) หน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นหน่วยบริการที่ทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลของตัวเอง หรืออีกนัยหนึ่ง คือหน่วยบริการทั่วไปเชิงรับ

2) หน่วยผ่าตัดเชิงรุก หมายถึงหน่วยบริการหลัก สถานบริการหรือหน่วยผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุกที่ สปสช.เห็นชอบและขึ้นทะเบียนให้เข้าร่วมโครงการผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก ทำการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยหน่วยผ่าตัดเชิงรุกที่เข้าโครงการจะต้องประกอบด้วย

2.1) สถานบริการ หรือหน่วยงานอื่นที่เข้าร่วมโครงการ ต้องมีจักษุแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและมีศักยภาพในการทำการผ่าตัดได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ และมีจักษุแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการ โดยจะต้องแจ้งชื่อจักษุแพทย์ดังกล่าวแก่ สปสช. เพื่อประกอบการขึ้นทะเบียนสถานบริการ

2.2) มีความสามารถในการให้บริการรักษาผ่าตัดผู้ที่มีปัญหาต้อกระจกได้ และสามารถให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการผ่าตัดมีความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ และการผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐาน

2.3) รับผิดชอบหรือสามารถประสานงานเพื่อให้เกิด การดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดและให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวเวชปฏิบัติที่กำหนด

2.4) ให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางการบริหารจัดการและดำเนินการให้บริการ สำหรับหน่วยผ่าตัดต้อกระจกในโครงการผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) การขึ้นทะเบียนหน่วยผ่าตัดเชิงรุก

3.1) กรอกแบบแสดงความจำนงสมัครเข้าร่วมโครงการผ่าตัดต้อกระจก ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2554

3.2) กรอกแบบขอ Username Password (กรณีสมัครใหม่หรือเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ)

3.3) ส่งเอกสารไปที่ กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง ในกรณีเป็นหน่วยบริการเชิงรุกที่ให้การรักษาผ่าตัดต้อกระจกข้ามเขต สปสช.เขต หรือส่งเอกสารไปที่ สปสช.เขต ในกรณีให้การรักษาผ่าตัดต้อกระจกในเฉพาะในเขตพื้นที่ที่หน่วยบริการเชิงรุกตั้งอยู่

3.4) ประสานกับ กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง หรือ สปสช.เขตแล้วแต่กรณี (ดังกล่าวในข้อข้างต้น) เพื่อทำสัญญาการให้บริการ

4) เมื่อได้รับเมื่อได้ Username Password แล้ว คีย์ข้อมูลรายงานผลการผ่าตัดและการติดตามหลังการผ่าตัด ในโปรแกรม DMIS

5) การเลือกพื้นที่ที่จะไปทำการผ่าตัดโดยหน่วยผ่าตัดเชิงรุก

5.1) เป็นพื้นที่ที่ สปสช.สาขาจังหวัด หรือ สปสช.เขต เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยต้อกระจกตกค้างอยู่เป็นจำนวนมากและไม่มีจักษุแพทย์ หรือมีจำนวนจักษุแพทย์ไม่พอเพียงสำหรับการให้บริการผู้ป่วย หรือเป็นพื้นที่ที่ สปสช. กำหนด

5.2) การลงพื้นที่เพื่อทำการผ่าตัดโดยหน่วยผ่าตัดเชิงรุกจะต้องประสานและได้รับความเห็นชอบจาก ผู้อำนวยการ สปสช.สาขาจังหวัด(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนในจังหวัดนั้น และแจ้งต่อ สปสช.เขตนั้นทราบ

5.3) การผ่าตัดต้อกระจกโดยหน่วยผ่าตัดเชิงรุกจะต้องทำในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ไม่ให้ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปผ่าตัดนอกพื้นที่จังหวัด ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายอาจจะเกิดกับผู้ป่วย

5.4) ให้มีการประสานงานกับจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลในพื้นที่ในการตรวจรักษา การผ่าตัด รวมถึงการติดตาม หลังผ่าตัด

5.5) หน่วยบริการประจำไม่ต้องตามจ่ายค่าบริการเนื่องจากหน่วยผ่าตัดเชิงรุกที่เข้าร่วมโครงการสามารถเบิกจ่ายค่าบริการจาก สปสช.โดยตรง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง หน่วยผ่าตัดเชิงรุกที่ทำการผ่าตัดจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนดังกล่าว

3.1.2 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

1) เป็นผู้ป่วยต้อกระจกและมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิว่าง

2) มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือข้อบ่งชี้ตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยสำหรับหน่วยผ่าตัดเชิงรุกในโครงการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 งบประมาณ

งบประมาณจากกองทุนผู้ป่วยในเขตตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด

## 4. แนวทางสนับสนุนและหลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 การจ่ายชดเชยค่าผ่าตัด

ค่าผ่าตัดต้อกระจกต่อดวงตา ไม่หักเงินเดือน ที่จะจ่ายให้หน่วยบริการหรือหน่วยเคลื่อนที่จากหน่วยบริการอื่น เป็นไปตามอัตราและเงื่อนไขที่ สปสช.เขตกำหนด

4.2 การชดเชยเลนส์เทียม

สนับสนุนเลนส์เทียมแก่การผ่าตัดต้อกระจกทุกรายโดยให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์

วิธีการ และ เงื่อนไขตามที่สปสช.กำหนด

4.3 งวดการจ่ายและรายละเอียด

กรณีทั่วไปจ่ายชดเชยภายใน 1 เดือนหลังจากที่ สปสช.ได้รับข้อมูลผลการให้บริการและขอชดเชยจากหน่วยบริการ โดยจะดำเนินการ Post audit กรณีสงสัยก่อนการจ่ายเงิน สปสช.สามารถขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาพิจารณาตรวจสอบเป็นรายๆ ได้

4.4 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยการให้บริการ

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ E-claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายและการชดเชยเลนส์เทียมภายใน 30 วันหลังให้บริการ

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 สปสช.กลาง

5.1.1 ประชาสัมพันธ์และชี้แจงหลักเกณฑ์ มาตรฐานหน่วยบริการ แนวทางการบริหารจัดการให้ สปสช.เขตทราบ

5.1.2 รับหนังสือแสดงความจำนงของหน่วยผ่าตัดเชิงรุก โดยตรวจสอบและพิจารณาคุณสมบัติ และตรวจรับขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัดเชิงรุกในโครงการ

5.1.3 ให้คำปรึกษาแก่ สปสช.เขตและหน่วยบริการ

5.1.4 กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและข้อตกลงความร่วมมือ

5.1.5 วิเคราะห์ข้อมูลการลงทะเบียน การผ่าตัด

5.1.6 จัดทำเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ รวมถึงมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1.7 บริหารจัดการระบบของโครงการในภาพรวม

### 5.2 สปสช.เขต

5.2.1 ประชาสัมพันธ์และชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการให้หน่วยบริการและหน่วยผ่าตัดเชิงรุกทราบ

5.2.2 รับหนังสือแสดงความจำนงของหน่วยผ่าตัดเชิงรุก โดยตรวจสอบและพิจารณาคุณสมบัติ และตรวจรับขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัดเชิงรุกในโครงการ

5.2.3 ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการและหน่วยผ่าตัดเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ

5.2.4 ร่วมกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและ

ข้อตกลงความร่วมมือในพื้นที่รับผิดชอบ

5.2.5 วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการผ่าตัด ในพื้นที่รับผิดชอบ

5.2.6 บริหารจัดการโครงการภาพรวมในเขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบ

**5.3 สปสช.จังหวัด**

5.3.1 กำหนดให้มีการค้นหาผู้ป่วยตาต้อกระจก ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการทางด้านการผ่าตัดต้อกระจกที่หน่วยบริการ และกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญของจังหวัด

5.3.2 การประสานงานระดับนโยบายในจังหวัดกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย เข้าถึงการรักษาผ่าตัดต้อกระจก

**5.4 หน่วยบริการหลัก หน่วยบริการเชิงรุก**

5.4.1 สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ให้ติดต่อผ่านสำนักงาน สปสช.เขต

5.4.2 ให้การรักษา ผ่าตัดผู้ป่วยตาต้อกระจก ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สปสช.กำหนด

5.4.3 ประสานงานกับจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลในพื้นที่ในการตรวจรักษาการผ่าตัด รวมถึงการติดตาม หลังผ่าตัด

5.4.4 ส่งเอกสาร และข้อมูลตามที่กำหนดเพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 รายงานผลการดำเนินงานการให้บริการ ข้อมูลการให้บริการ

6.2 การตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามที่กำหนด

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | ผู้จัดการกองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง<br>กงทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง |
| 7.2 ผู้ประสานงาน | นายทองนาค เอียกุล<br>กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง<br>โทรศัพท์ 0-2141-4148<br>E-mail address tongnak.e@nhso.go.th |

## 6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เนื่องจากในระยะหลังมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นมาก และพบเชื้อวัณโรคดื้อยามากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ครบถ้วน ตลอดระยะเวลาตามแผนการรักษา ในปีงบประมาณ 2554 การบริหารจัดการวัณโรคจะครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) ค่ายารักษาวัณโรค สนับสนุนเป็นยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาตามแนวทางการรักษา โดยหน่วยบริการเบิกยาจากส่วนกลาง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

2) สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรค สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาวัณโรคอย่างมีคุณภาพและกำกับการรับประทานยาให้ตรงเวลา เช่น การตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อวัณโรค การตรวจหาความไวของเชื้อต่อยา การถ่ายภาพรังสีปอด สนับสนุนกิจกรรมการกินยา (DOT) เป็นต้น โดยเบิกจ่ายงบประมาณตามผลงานที่ให้บริการจริงตามข้อมูลอิเล็คโทรนิกส์ที่ส่งให้ สปสช. และไม่เกินเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

3) การค้นหาผู้สัมผัสและผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการและ/หรือ สปสช.สาขาจังหวัด เพื่อสนับสนุนกิจกรรมค้นหาผู้สัมผัส และผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้มีโรคเรื้อรังประจำตัว ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นต้น

รายละเอียดการบริหารจัดการตามคู่มือการบริหารจัดการงบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคปีงบประมาณ 2554

# 7. การบริหารยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

## 7.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

### 1. ความเป็นมา

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึงรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในการกำกับการเข้าถึงยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง (ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ) กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสปสช.

"รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ" ตามบัญชี จ (2) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (Authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมีระบบกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

จากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9/2551 วันที่ 11 สิงหาคม 2551 มีมติอนุมัติกรอบบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวปี 2552 โดยให้เพิ่มรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) เข้าไปในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวดังกล่าวด้วย จากมติดังกล่าว สปสช.โดยความร่วมมือของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ร่วมกันวางระบบการเข้าถึงและชดเชยยาในบัญชี จ (2) ระบบจัดเก็บข้อมูลคุณภาพด้านยารวมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาราคาสูงตามความจำเป็นและไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยบริการ

## 2. สิทธิประโยชน์

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551 บัญชี จ(2) จำนวน 9 รายการ ซึ่ง สปสช. คัดเลือกมาดำเนินการ จำนวน 7 รายการ ได้แก่

2.1 Botulinum toxin type A inj.

2.2 Leuprorelin inj.

2.3 Immunoglobulin G Intravenus (IVIG)

2.4 Docetaxel inj.

2.5 Letrozole tab

2.6 Liposomal amphotericin B inj.

2.7 Verteporfin inj.

โดยมีเงื่อนไขตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและหน่วยบริการ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยสามารถ download แนวทางกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ได้ที่ Website บัญชียาหลักแห่งชาติ http://www.thaifda.com/ed2547/?pg=result

ในส่วนของ Docetaxel และ Letrozole ก่อนที่จะมีการประกาศใช้แนวทางการบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) สปสช. ได้กำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการอยู่แล้ว ซึ่งเงื่อนไขของหน่วยบริการและแพทย์ผู้ทำการรักษาเดิม เปิดกว้างกว่าเงื่อนไขของยาบัญชี จ (2) ที่ระบุเฉพาะหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ

ดังนั้น เพื่อให้หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษาเดิม และคุณสมบัติของหน่วยบริการ ที่ไม่ตรงกับเงื่อนไขของยาบัญชี จ (2) สามารถขอชดเชยยา ดังกล่าวได้ สปสช. จึงกำหนดให้ หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชยยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และเงื่อนไขแพทย์ตามข้อกำหนดของสปสช.เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลปีงบประมาณ 2553 ได้

นอกจากนี้ มียาบัญชี จ (2) 2 รายการ ที่ สปสช. ไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) เนื่องจากมีกลไกในการเข้าถึงยาอยู่แล้ว ได้แก่

**1) Erythropoietin injection** เนื่องจาก งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของสปสช. ได้กำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้องรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สามารถได้รับยา Erythropoietin inj.

ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนั้น ถ้าหน่วยบริการมีผู้ป่วยซึ่งอยู่ในเงื่อนไขดังกล่าว ก็สามารถขอเข้ารับบริการยาดังกล่าวได้ ทั้งนี้ขอให้หน่วยบริการศึกษาหลักเกณฑ์การขอรับบริการยา Erythropoietin injection จากคู่มือการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหมวดการบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มเติม

2) **Imatinib mesilate tablet** เป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐ ตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP (Glivec International Patient Assistant Program) บริษัทผู้จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. จึงยังไม่ได้ดำเนินการจัดหายาเข้าสู่ระบบการบริหารจัดการยา จ (2)

**ตารางที่ 4** ตารางสรุปรูปแบบการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

| รายการยา | เงื่อนไขหน่วยบริการและแพทย์ | รูปแบบการจ่ายชดเชย |
|---|---|---|
| Botulinum toxin type A inj | ตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ (2) ที่คณะอนุกรรมการ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กำหนด | ชดเชยเป็นยา |
| Leuprorelin inj. | | ชดเชยเป็นยา |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | | ชดเชยเป็นยา |
| Liposomal amphotericin B inj | | ชดเชยเป็นยา |
| Verteporfin inj. | | ชดเชยเป็นยา |
| Docetaxel inj. (CA Prostate) | | ชดเชยเป็นยา |
| Docetaxel inj. (เฉพาะ CA Lung & CA Breast) | ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล | ชดเชยเป็นยา |
| Letrozole tab | | ชดเชยเป็นยา |
| Erythropoietin inj. | ตามแนวทางของโครงการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย | ชดเชยเป็นยา |
| Imatinib mesilate tab. | ตามเงื่อนไขโครงการ GIPAP | ชดเชยเป็นยา |

## 3. เงื่อนไขการรับบริการ

3.1 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิว่าง

3.2 มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งใช้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเรื่องบัญชี จ (2)

3.3 การจ่ายยาให้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว ต้องได้รับการสั่งจ่าย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเรื่องบัญชี จ (2)

**ตารางที่ 5** ตารางสรุปเงื่อนไขการใช้ยา แยกรายโรค และแยกรายผู้เชี่ยวชาญ

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---|---|
| Botulinum toxin type A inj. | โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) | 1. สาขาประสาทวิทยา<br>2. สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู<br>3. สาขาประสาทศัลยศาสตร์<br>4. สาขาจักษุวิทยา |
| Botulinum toxin type A inj. | โรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) | 1. สาขาประสาทวิทยา<br>2. สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู |
| Leuprorelin inj. | ภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty | 1. อนุสาขากุมารเวชศาสตร์<br>2. โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) | 1. สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก<br>2. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน | สาขาตจวิทยา |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) | 1. ประสาทวิทยา<br>2. กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Guillain – Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง | 1. ประสาทวิทยา<br>2. กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา |

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---|---|
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (ไม่อนุมัติกรณีเด็ก) | 1. อายุรศาสตร์<br>2. อายุรศาสตร์โรคเลือด |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง | 1. อายุรศาสตร์โรคเลือด<br>2. โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) | 1. กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ<br>2. กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน<br>3. อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ<br>4. อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิกคลินิก |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease) | 1. กุมารเวชศาสตร์<br>2. กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ |
| Liposomal amphotericin B inj. | Invasive fungal infections ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B | 1. อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ<br>2. อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ<br>3. กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ<br>4. กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ |
| Docetaxel inj. | มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย | 1. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>2. ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>3. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา |
| Docetaxel inj. | มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม | 1. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>2. ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>3. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา |

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ |
|---|---|---|
| Docetaxel inj. | มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม | 1. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>2. ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>3. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา |
| Letrozole tab. | มะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก | 1. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา<br>2. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา<br>3. อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา |
| Verteporfin inj. | โรคจุดภาพชัดจอประสาทตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบคลาสสิก (predominantly classic subfoveal choroidal neovascularization (CNV) due to age-related macular degeneration (wet form)) | 1. จักษุวิทยา<br>2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจอประสาทตาซึ่งได้ลงทะเบียนไว้แล้วกับหน่วยงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) |
| Erythropoietin inj. | ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของโครงการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย | |
| Imatinib mesilate tab. | ยานี้บริษัทผู้จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการ GIPAP (โดยมีเงื่อนไขของการบริจาคคือ สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อครัวเรือนไม่เกิน 1.7 ล้านบาทต่อปีในกรณีที่ต้องใช้ยา 400 มิลลิกรัมต่อวัน และไม่เกิน 2.2 ล้านบาทต่อปีในกรณีที่ต้องใช้ยา 600 มิลลิกรัมต่อวัน) การขอเบิก ชดเชย ให้ใช้หลักการและเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ในโครงการ | |

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

4.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.2 มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเรื่องบัญชี จ (2) โดยสรุปดังนี้

**ตารางที่ 6** ตารางสรุปเงื่อนไขหน่วยบริการแยกตามรายการยาและเงื่อนไขโรค

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขหน่วยบริการ |
|---|---|---|
| Botulinum toxin type A inj. | โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป |
| Botulinum toxin type A inj. | โรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป |
| Leuprorelin inj. | ภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปซึ่งมีความพร้อมของเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา<br>2. กรณีเป็นสถานพยาบาลระดับทุตติยภูมิที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น ให้สถานพยาบาลแจ้งความประสงค์เพื่อขออนุมัติต่อ สปสช. เป็นกรณีไป<br>3. สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งตัวกลับจากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิตามข้อกำหนดสปสช. (สปสช. 18.7/ว009 ลว 31 ส.ค. 52) ในกรณีนี้ ถือเป็นการส่งกลับเพื่อมารับยาเท่านั้น การรักษายังอยู่ในการดูแลของ รพ. ตติยภูมิ |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ |

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขหน่วยบริการ |
|---|---|---|
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Guillain – Barr syndrome ที่มีอาการรุนแรง | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วย Guillain – Barr syndrome ที่สำคัญ ได้แก่ ICU ที่มี respiration care ยาที่จำเป็น และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามที่กำหนด |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (ไม่อนุมัติกรณีเด็ก) | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป<br>2. สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีความพร้อมให้สถานพยาบาลแจ้งความประสงค์เพื่อขออนุมัติต่อ สปสช. เป็นกรณีไป |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป<br>2. สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา ให้สถานพยาบาล แจ้งความประสงค์เพื่อขออนุมัติต่อ สปสช. เป็นกรณีไป |
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์ผู้วินิจฉัยตามคุณสมบัติที่ระบุไว้<br>2. เป็นสถานพยาบาลที่สามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์ที่มีคุณสมบัติของแพทย์ผู้วินิจฉัยตามที่ระบุไว้ ให้สถานพยาบาล แจ้งความ ประสงค์เพื่อขออนุมัติต่อ สปสช. เป็นกรณีไปตามข้อกำหนดสปสช. (สปสช. 18.7/ว009 ลว 31 ส.ค. 52) |

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขหน่วยบริการ |
|---|---|---|
| Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease) | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่สามารถทำการตรวจ echocardiogram ได้ หรือ<br>2. สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่สามารถส่งต่อเพื่อรับการตรวจ echocardiogram ได้ในโรงพยาบาลเครือข่ายภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ นับจากวันที่ให้การวินิจฉัยโรค โดยให้ |
| Liposomal amphotericin B inj. | Invasive fungal infections ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B | สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป |
| Docetaxel inj. | มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค<br>2. เป็นหน่วยบริการตามเงื่อนไขโปรโตคอลมะเร็ง ปี 2553 |
| Docetaxel inj. | มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค<br>2. เป็นหน่วยบริการตามเงื่อนไขโปรโตคอลมะเร็ง ปี 2553 |
| Docetaxel inj. | มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค<br>2. เป็นหน่วยบริการตามเงื่อนไขโปรโตคอลมะเร็ง ปี 2553 |
| Letrozole tab. | มะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป<br>2. สถานพยาบาลทุติยภูมิที่มีความพร้อมตามข้อกำหนดของสปสช. (สปสช.18.7/ว0073 ลว 20 ม.ค. 52) |

| รายการยา | เงื่อนไขโรค | เงื่อนไขหน่วยบริการ |
|---|---|---|
| Verteporfin inj. | โรคจุดภาพชัดจอประสาทตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบคลาสสิก | 1. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ขึ้นไป ซึ่งมีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษา ตลอดจนสามารถทำรังสีวินิจฉัยและถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus fluorescein angiography-FFA)ได้<br>2. สถานพยาบาลทุติยภูมิที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น ให้สถานพยาบาล แจ้งความ ประสงค์เพื่อขออนุมัติต่อ สปสช. เป็นกรณีไป |
| Erythropoietin inj. | ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของโครงการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย | |
| Imatinib mesilate tab. | ยานี้บริษัทผู้จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการ GIPAP (โดยมีเงื่อนไขของการบริจาคคือ สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อครัวเรือนไม่เกิน 1.7 ล้านบาทต่อปีในกรณีที่ต้องใช้ยา 400 มิลลิกรัมต่อวัน และไม่เกิน 2.2 ล้านบาทต่อปีในกรณีที่ต้องใช้ยา 600 มิลลิกรัมต่อวัน) การขอเบิกชดเชย ให้ใช้หลักการและเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ในโครงการ | |

## 5. ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

5.1 ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system)

สปสช. จะจ่ายชดเชยคืนยาบัญชี จ(2) ให้กับหน่วยบริการ ในกรณีที่การสั่งใช้ยาเป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) และการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลาง ที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง **แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการตั้งหน่วยงานกลางขึ้น ดังนั้นสปสช. จึงได้มอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย** ซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าว หน่วยบริการต้องจัดให้มีการบันทึกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่คณะอนุกรรมการ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กำหนด และเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

5.2 การจ่ายชดเชยยาให้แก่หน่วยบริการ และการขอสำรองยา

สปสช.ได้ดำเนินการต่อรองราคา จัดซื้อยา และทำการจ่ายชดเชยยาบัญชียา จ (2) ให้หน่วยบริการเป็นยา โดยมี วิธีปฏิบัติในการขอรับการชดเชย ดังนี้

5.2.1 หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่คณะอนุกรรมการ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กำหนด

5.2.2 ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

5.2.3 ส่งข้อมูลการใช้ยามาที่สปสช. ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ทาง (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง) คือ

1) ช่องทางที่ 1 การบันทึกข้อมูลจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line ซึ่งหน่วยบริการ สามารถ download "โปรแกรมเบิกยาบัญชี จ(2) (J2Reporter version 3)"

2) และ คู่มือการใช้งานดังกล่าวได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1) เข้าสู่ Website : www.nhso.go.th

2.2) กดเลือก "บริการข้อมูล"

2.3) เลือกหัวข้อ "Download/เอกสารบรรยาย

2.4) เลือกหัวข้อย่อย "Download"

2.5) กดเลือก Download "โปรแกรมเบิกยาบัญชี จ(2) (J2Reporter version 3)"

3) ช่องทางที่ 2 การส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนด และส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ website ของ สปสช. ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม

5.2.4 หลังจากที่ สปสช.ได้ตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆ จนครบถ้วนแล้ว สปสช. จะแจ้งให้องค์การเภสัชกรรม ประสานงานกับบริษัทยาในการจัดส่งยาเพื่อชดเชยคืนให้แก่หน่วยบริการ

5.3 ระบบการขอชดเชยยากรณีผู้ป่วยโรค Primary Immunodeficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immunoglobulin G (IVIG) ตลอดชีวิต และ ยา Leuprorelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือน

สปสช.จึงได้กำหนดรูปแบบและแนวทางการเบิกจ่ายยา ทั้ง 2 รายการ ดังนี้

5.3.1 เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น ได้พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษ ตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง กองทุนยา สปสช.

5.3.2 เมื่อหน่วยบริการได้รับอนุมัติให้เบิกยาแล้ว สปสช. จะแจ้งให้ทางโรงพยาบาลทราบ และจะได้ประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้ได้รับชดเชยยาต่อไป อนึ่งให้หน่วยบริการผู้ส่งต่อส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่เบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น (หนังสือที่ สปสช.18.7.ว.009 ลงวันที่ 31 ส.ค. 2552)

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 6.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | เภสัชกรหญิงปนัดดา ลี่สถาพรวงศา<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-1414198 , 084-7001664<br>Email address : panadda.l@nhso.go.th |
| 6.2 ผู้ประสานงาน | เภสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกูล<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-141429, 085-4875037<br>โทรสาร : 02-1439730-31<br>Email address : somruethai.s@nhso.go.th |

## 7.2 ยา Clopidogrel

### 1. ความเป็นมา

12 มกราคม 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Government use) เพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์เพื่อการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ โดยคำนึงถึงประโยชน์ในการบริหารและจัดบริการสาธารณสุข

26 มิถุนายน 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบหลักการในการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์เพื่อใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ โดยมอบ สปสช.สนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานผู้มีอำนาจใช้สิทธิตามกฎหมาย

29 พฤศจิกายน 2549 ประเทศไทยประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ครั้งแรก โดยเป็นการใช้สิทธิ์ตามมาตรา 51 ของ พรบ.สิทธิบัตรยาปี 2522แก้ไขเพิ่มเติมโดย พรบ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และ พรบ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 พรบ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 โดยกลุ่มยาซึ่งประเทศไทยประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ได้แก่ กลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มยารักษามะเร็ง และกลุ่มยาป้องกันเส้นเลือดอุดตัน ได้แก่ Clopidogrel

เพื่อให้มาตรการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมา สปสช. จึงได้สนับสนุนยา Clopidogrel ให้แก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2. สิทธิประโยชน์

Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet ซึ่งจัดซื้อจัดหาโดยมาตรการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยา และเวชภัณฑ์โดยรัฐ

### 3. เงื่อนไขการรับบริการ

เป็นผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหน่วยบริการต้องจ่ายยา Clopidogrel 75 mg tablet ตามข้อบ่งใช้ในการจ่ายยา ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้แก่

3.1 ใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้หรือแพ้ aspirin

3.2 ให้ระยะสั้นในการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (stent)

3.3 ใช้ในกรณีที่ใช้ aspirin แล้วยังมี recurrent thrombotic events

3.4 ใช้ในกรณีพิเศษ เช่น atrail fibrillation หรือ antiphospholipid syndrome ซึ่งยังอาจไม่จำเป็นต้องใช้ หรือไม่สามารถใช้ anticoagulant ได้

3.5 ใช้กับผู้ป่วยที่มี multiple thrombotic risk factors ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ในระยะสั้น

3.6 การใช้ clopidrogrel และ ticlopidine ร่วมกับ aspirin นอกเหนือจากกรณีที่ 2 ไม่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลแต่เพิ่มผลข้างเคียงของภาวะเลือดออก

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจ กับสปสช.

## 5. ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

5.1 หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ในการขอเข้าร่วมโครงการจ่ายยา Clopidogrel มายังกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีนสปสช. โดยระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1.1 ชื่อหน่วยบริการ

5.1.2 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา Clopidogrel tablet (ราย/เดือน)

5.1.3 ประมาณการใช้ยา (เม็ด/เดือน)

5.1.4 ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร และ Email address เภสัชกรผู้รับผิดชอบในการเบิกยาผ่านระบบ VMI

5.2 สปสช. ตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆ ถ้าถูกต้องจะส่งข้อมูลให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อให้จัดส่ง Username/Password ในการเบิกยา Clopidogrel ผ่านระบบ VMI ต่อไป

5.3 เพื่อให้การเข้าถึงยา Clopidogrel ของผู้ป่วยมีความสะดวกยิ่งขึ้น สปสช. ได้จัดสรรยา clopidogrel ให้แก่หน่วยบริการสำรองยาในเบื้องต้น 3 เดือน โดยพิจารณาจากอัตราการใช้ยาต่อเดือนที่หน่วยบริการแจ้งมา ซึ่งหน่วยบริการสามารถขอชดเชยยาคืนได้ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.3.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา (ยา Clopidogrel) และส่งข้อมุลให้แก่สปสช. โดยหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกยา Clopidogrel ได้ทุกวัน

5.3.2 ระบบจะตัดยอดข้อมูลที่สะสมไว้ที่ส่วนกลางเพื่อส่งระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันที่ 20 ของเดือน

5.3.3 องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยา Clopidogrel ภายในสิ้นเดือนนั้น

ทั้งนี้ หน่วยบริการสามารถ Download โปรแกรมเบิกยา Clopidogrel และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) เข้าสู่ Website : www.nhso.go.th
2) กดเลือก "บริการข้อมูล"
3) เลือกหัวข้อ "Download/เอกสารบรรยาย
4) เลือกหัวข้อย่อย "Download"
5) กดเลือก Download "โปรแกรมเบิกยา Clopidogrel"

5.4 ในกรณีที่หน่วยบริการมียาคงคลังมากกว่าอัตราการใช้จริง และอายุการใช้งานของยาดังกล่าวมากกว่า 6 เดือน หน่วยบริการสามารถขอแลกเปลี่ยน/คืนยา ได้ในระบบ VMI ทั้งนี้ขอให้ประสานงานกับองค์การเภสัชกรรมโดยตรง

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 6.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | เภสัชกรหญิงปนัดดา ลี่สถาพรวงศา<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-1414198 , 084-7001664<br>Email address : panadda.l@nhso.go.th |
| 6.2 ผู้ประสานงาน | เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-1414201, 084-387-8045,<br>โทรสาร : 02-1439730-31<br>Email address : wannapa.s@nhso.go.th |

## 7.3 ยา Deferiprone tablet

### 1. ความเป็นมา

ยา Deferiprone เป็นยาขับธาตุเหล็กชนิดรับประทาน ใช้เพื่อการรักษาภาวะเหล็กเกิน ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และได้รับการบรรจุในบัญชียา จ(1) โดยยาที่ถูกจัดอยู่ในในบัญชี จ(1) มีลักษณะดังนี้คือ เป็นรายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ

ในอดีตนั้น เป็นที่ทราบกันดีว่า ภาวะเหล็กเกิน (Iron overload) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรม ที่มีความชุกสูงที่สุดในโลกและเป็นปัญหาสำคัญในทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 60,000 คน ทั่วประเทศ และคาดการณ์ว่าเฉพาะในประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50,000 – 100,000 รายที่มีภาวะเหล็กเกิน และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาขับธาตุเหล็ก ซึ่งในอดีตยาขับธาตุเหล็ก มีเฉพาะชนิดยาฉีด Desferoxamine ซึ่งมีความยุ่งยากในการบริหารยาและมีราคาแพง เนื่องจากต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ป่วยจำนวนมากมีปัญหาในการเข้าถึงไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาขับเหล็กที่เหมาะสมได้ จึงทำให้มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียเป็นจำนวนมาก ซึ่งควรเป็นกำลังสำคัญของชาติต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางตับหัวใจและต่อมไร้ท่อจากภาวะเหล็กเกินที่เกิดขึ้น

ปัจจุบัน องค์การเภสัชกรรม ประสบความสำเร็จในการวิจัยและพัฒนายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone ภายใต้ชื่อการค้า จีพีโอ แอล วัน (GPO-L-ONE®) โดยสามารถผลิตยาดังกล่าวขึ้นทั้งหมดตั้งแต่ระดับวัตถุดิบในประเทศ ซึ่งจากความสำเร็จดังกล่าวทำให้การเข้าถึงยารักษาภาวะเหล็กเกิน ได้แก่ ยาดีเฟอริโพรน (Deferiprone) ชนิดรับประทานมากยิ่งขึ้น

จากการประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 10 กันยายน 2551 มีมติเห็นชอบให้สปสช. สนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา Deferiprone ให้แก่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียใน 35 โรงพยาบาล ตามที่มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทยฯ เสนอ โดยที่สปสช.เสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติบรรจุยา Deferiprone ในยาบัญชี จ(1) ข้อย่อย 1 ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551

เพื่อให้การเข้าถึงยา ขับเหล็ก ของผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกิน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สปสช. องค์การเภสัชกรรม และ มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย แห่งประเทศไทยฯ ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือ ในการเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็ก Deferiprone ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยเข้าถึงยาจำนวน 5,000 คน

จากความร่วมมือ 3 ฝ่ายดังกล่าวข้างต้น สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณเบื้องต้นจำนวน 7,000,000 บาท ในปีงบประมาณ 2552 เพื่อจัดซื้อยา Deferiprone จากองค์การเภสัชกรรม สำหรับให้บริการแก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมาย สามารถเบิกยาดังกล่าว ได้จากระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ขององค์การเภสัชกรรม ตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม 2552 เป็นต้นไป

ในการจัดระบบการติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา Deferiprone องค์การเภสัชกรรมดำเนินการประสานกับมูลนิธิฯ แจ้งให้กับโรงพยาบาลที่จะเริ่มทำการเบิกยา

จากการดำเนินการดังกล่าว คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าถึงยา Deferiprone ได้ประมาณ 1,000 ราย ในปีงบประมาณ 2553 และขยายเป็น 5,000 รายในปีงบประมาณ 2554 อันจะนำมาซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียดีขึ้น

## 2. สิทธิประโยชน์

ยา Deferiprone สำหรับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็ก Deferiprone ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## 3. เงื่อนไขการรับบริการ

สำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ “การเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็ก Deferiprone ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

3.2 ลักษณะอาการทางคลินิก หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามเงื่อนไขหรือเข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยาใน คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะเหล็กเกินด้วยยา Deferiprone

3.3 ผ่านการอนุมัติตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ “การเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็ก Deferiprone ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

## 5. การเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการ

5.1 หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ฯ สามารถติดต่อได้ที่ ผู้ประสานงานของ สปสช.

5.2 หน่วยบริการที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ฯ สำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา

5.3 หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มเพื่อขอเข้าร่วมโครงการและจัดส่งให้แก่ผู้ประสานงาน โดยแบบฟอร์มต่างๆ สามารถติดต่อได้ที่ผู้ประสานงาน

5.4 ผู้ประสานงาน จัดส่งแบบฟอร์มเพื่อขอเข้าร่วมโครงการ ของหน่วยบริการ ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา มูลนิธิธาลัสซีเมียฯ ทำหน้าที่อนุมัติการใช้ยานี้ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาในคู่มือ แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะเหล็กเกินด้วยยาดีเฟอริโพรน (Deferiprone)

5.5 มูลนิธิธาลัสซีเมียแจ้งผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการและองค์การเภสัชกรรมเพื่อให้องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาผ่านระบบ VMI ต่อไป

## 6. ระบบการเบิกยา Deferiprone tablet

6.1 หน่วยบริการส่งข้อมูลการใช้ยา โดยกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการใช้ยาครั้งแรก และการใช้ยาต่อเนื่อง ให้กับผู้ประสานงานโครงการ มูลนิธิธาลัสซีเมีย พร้อมทั้งกรอกปริมาณยาคงเหลือ (Onhand) ลงในโปรแกรม VMI หลังจากผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา มูลนิธิธาลัสซีเมียฯ อนุมัติการใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ประสานงานจะส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้องค์การเภสัชกรรม จัดส่งยาตามระบบ VMI โดยเฉลี่ย การจัดส่งยาให้หน่วยบริการเสร็จสิ้นนับจากวันที่หน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกยาภายใน 2 สัปดาห์

6.2 ในกรณีที่หน่วยบริการมียาคงคลังมากกว่าอัตราการใช้จริง และอายุการใช้งานของยาดังกล่าวมากกว่า 6 เดือน หน่วยบริการสามารถขอแลกเปลี่ยน/คืนยา ได้ในระบบ VMI ทั้งนี้ขอให้ประสานงานกับองค์การเภสัชกรรมโดยตรง

## 7. ผู้ประสานงานโครงการ

7.1 ผู้ประสานงาน

เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
โทรศัพท์ : 02-1414201, 084-387-8045,
โทรสาร : 02-1439730-31
Email address : wannapa.s@nhso.go.th

## 7.4 ยา Oseltamivir สำหรับหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 1. ความเป็นมา

ในปี 2552 เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ในประเทศไทย แพร่กระจายอย่างรวมเร็ว และมีผู้เสียชีวิตมาก โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (โรคปอด หอบหืด โรคหัวใจ ไต เบาหวาน ฯลฯ) หญิงมีครรภ์ ผู้ที่เป็นโรคอ้วน ผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำ (โรคเลือด โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ผู้ป่วยรับยากดภูมิต้านทาน ฯลฯ) เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี

การรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัส Oseltamivir เป็นวิธีที่ได้ผลดี แต่หากจะให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพและได้ผลมากขึ้น ต้องเน้นการที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสให้ยาเร็วที่สุดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เข้าข่ายว่าต้องได้รับยาโดยเร็ว

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 และยาต้านไวรัส Oseltamivir จัดเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงยาต้านไวรัส Oseltamivir โดยขยายขอบเขตการบริการให้หน่วยบริการภาคเอกชนดูแลรักษาและจ่ายยาต้านไวรัสOseltamivir ให้กับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ได้เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต

หน่วยบริการภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั้น ถือว่าด่านหน้าในการให้บริการผู้ป่วย ก็มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ดังนั้น หน่วยบริการภาสคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ควรจะมีส่วนร่วมที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 เช่นกัน

### 2. สิทธิประโยชน์

ยาต้านไวรัส Oseltamivir สำหรับผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009

## 3. เงื่อนไขการรับบริการ

ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

4.1 เป็นหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีหน่วยบริการของรัฐสามารถเบิกยาได้โดยตรงจากระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

4.2 หน่วยบริการเอกชนดังกล่าว ต้องจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือผู้เข้าข่ายสงสัยว่าติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ สายพันธ์ใหม่ (H1N1) 2009 และจ่ายยาต้านไวรัส Oseltamivir ให้ผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ ของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการและยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขระดับชาติฯ 8 ข้อ ดังนี้

4.2.1 แพทย์ในคลินิกจะต้องได้รับการอบรมการใช้ “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)”

4.2.2 ดูแลรักษาผู้ป่วยตาม “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ของกระทรวงสาธารณสุข” และติดตามการปรับแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ ฉบับปรับปรุงใหม่อยู่เสมอ

4.2.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยและสั่งจ่ายยาต้องทำโดยแพทย์เท่านั้น

4.2.4 มีทะเบียนหรือเวชระเบียน ซึ่งเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือกระทรวงสาธารณสุขหรือสปสช.กำหนด และจัดทำรายงานการรักษาผู้ป่วย รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุขหรือสปสช.ตามเวลาที่กำหนด

4.2.5 ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทุกราย

4.2.6 ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ตามระบบการส่งต่อ

4.2.7 มีมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อในคลินิกตาม แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก ของกระทรวงสาธารณสุข

4.2.8 สปสช. ติดตาม ตรวจสอบคลินิกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย สั่งจ่ายยา และป้องกันการติดเชื้อในคลินิกให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4.3 การรายงานข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาและการ

ให้จ่ายยา Oseltamivir ผ่านโปรแกรม ระบบรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ ชนิด A(H1N1)ของสปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร http://bkk.nhso.go.th/rh1n12009/

4.4 การติดตามผู้ป่วย

4.4.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงและมีอาการไม่รุนแรงที่กลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน แนะนำ หรือ โทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วย หากอาการไม่ดีขึ้นหลัง 48 ชั่วโมง ต้องกลับมาพบแพทย์

4.4.2 กรณีผู้ป่วยหรือสงสัยมีการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ ใหม่ ชนิด A (H1N1) ที่คลินิกต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวทางดังนี้

1) ผู้ป่วยที่คลินิคต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามระบบส่งต่อปกติ

1.1) เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี หรือ ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม

1.2) หญิงตั้งครรภ์

1.3) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

- สงสัยปอดอักเสบ
- ซึมผิดปกติ
- รับประทานอาหารไม่ได้และมีภาวะขาดน้ำ
- อาการทั่วไปไม่ดีขึ้นเลย หลัง 48 ชม. ตั้งแต่เริ่มป่วย

2) หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

## 5. ระบบการเบิกยา Oseltamivir

สปสช. สนับสนุนยาต้านไวรัส Oseltamivir โดย องค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้ดำเนินการบริหารและจัดส่งยาต้านไวรัส Oseltamivir ให้กับโรงพยาบาลเอกชนและคลินิค ผ่านระบบ VMI โดยมีขั้นตอนโดยสรุปดังต่อไปนี้

5.1 หน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแจ้งความประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการจ่ายยาต้านไวรัส Oseltamivir มายังสปสช.

5.2 สปสช. ประสานงานกับ สปสช.เขต เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยบริการที่จะเข้าร่วมโครงการ

5.3 สปสช.แจ้งให้องค์การเภสัชกรรมจัดส่ง Username/Password เพื่อเข้าระบบ VMI และยา Oseltamivir ให้แก่หน่วยบริการเพื่อสำรองครั้งแรก

5.4 เมื่อหน่วยบริการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วให้เข้ามาบันทึกปริมาณยาคงคลัง (Onhand) ในระบบ VMI ถ้าปริมาณยาคงคลังต่ำกว่าค่า Reorder Point องค์การเภสัชกรรมจะนำยาไปส่งให้

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

6.1 การใช้งานระบบ VMI และการเบิกยาต้านไวรัส Oseltamivir

6.1.1 องค์การเภสัชกรรมโทรศัพท์ : 02-2038253

6.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ

เภสัชกรธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์ กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.

โทรศัพท์ : 02-1414295 , 081-9060243

โทรสาร : 02-1439730-31

Email address : tanapat.l@nhso.go.th

เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์ กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.

เบอร์โทรศัพท์ : 02-1414201, 084-387-8045

เบอร์โทรสาร : 02-1439730-31

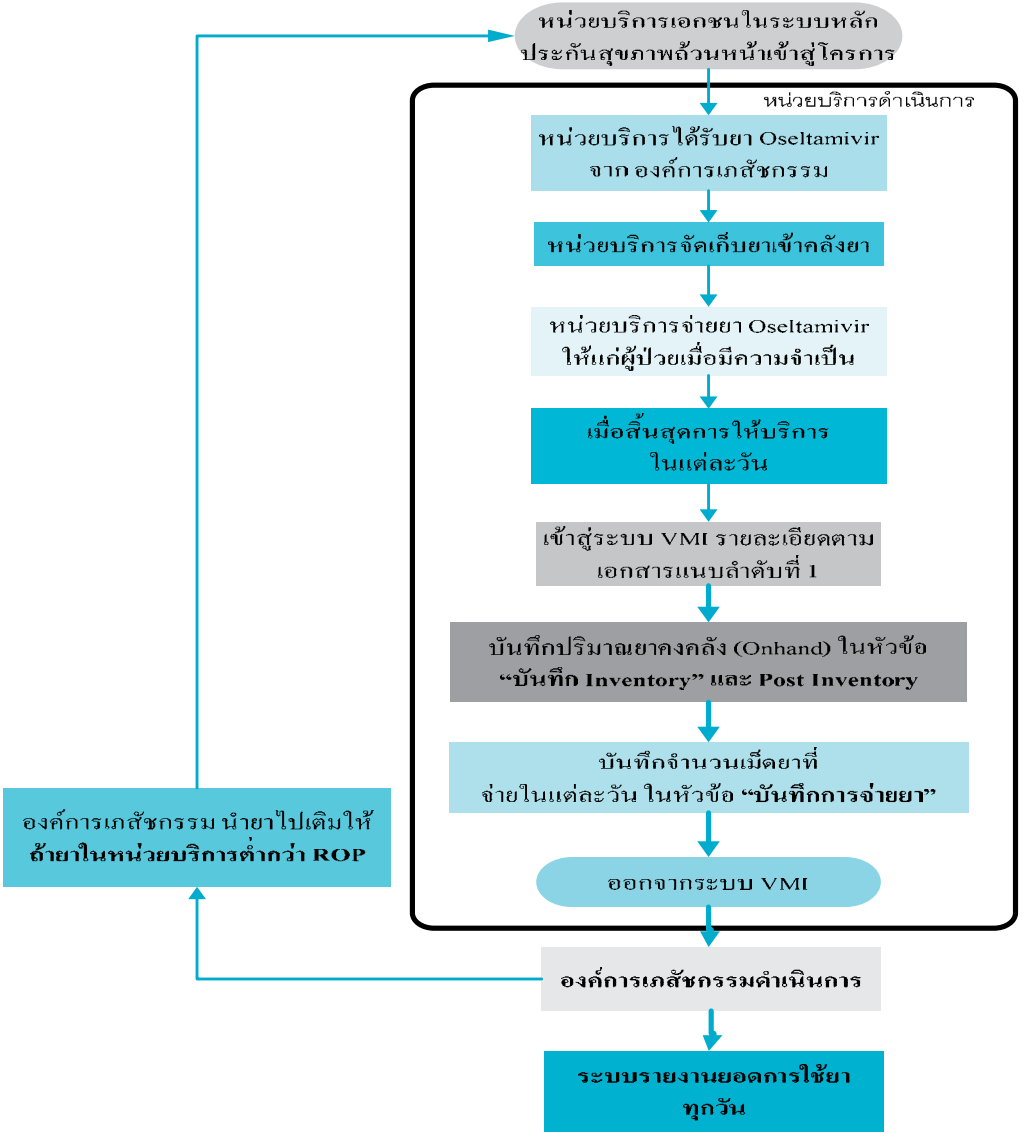
Email address : wnnapa.s@nhso.go.th

6.2 ด้านนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ : 02-9622345 ต่อ 5562, 5554 , 083-5468515

## ขั้นตอนการเบิกจ่ายยา Oseltamivir สำหรับหน่วยบริการเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



## 7.5 วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

### 1. ความเป็นมา

วัคซีนเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มทุนมากที่สุด ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ประเทศไทยได้ใช้วัคซีนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอย่างเป็นระบบและกว้างขวางมาตั้งแต่ ปี 2520 มีวัตถุประสงค์ที่จะลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรควัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม และไข้สมองอักเสบเจอี โดยการให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการผสมผสานเข้ากับงานบริการสาธารณสุขตามปกติ ตลอดระยะเวลา ที่ผ่านมาได้พัฒนาเร่งรัดและปรับปรุงการดำเนินงานเสมอมา โดยมีการเพิ่มชนิดของวัคซีนให้มากขึ้น มีการปรับปรุงระบบบริหารจัดการแก่ผู้มารับวัคซีน เพื่อให้มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้สูงสุด ผลจากความพยายามดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคติดต่อ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเป็นอย่างมาก กล่าวคือความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย อยู่ในเกณฑ์ดี จากผลการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานครบชุดในเด็กอายุครบ 1 ปี และหญิงมีครรภ์ ปี 2551 พบว่าในภาพรวมของประเทศอยู่ในระดับเกินกว่าร้อยละ 90 ทุกชนิด ส่งผลให้สามารถลดอัตราป่วยอัตราตายด้วยโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักในทารกแรกเกิด และหัด ลงได้มากกว่าร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนมีการดำเนินการ ที่สำคัญคือ ไม่พบผู้ป่วยโปลิโอมาเป็นเวลาเกือบ 11 ปีแล้ว อย่างไรก็ตาม การรักษาระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนให้คงสูงอยู่ตลอดไปยังคงเป็นภารกิจ ที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อต่างๆ ดังกล่าวอยู่ในระดับที่สูงพอต่อการป้องกันโรค

ในปีงบประมาณ 2552 สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่กรมควบคุมโรค ในการดำเนินการโครงการนำร่องในการจัดหาและกระจายวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ขององค์การเภสัชกรรม โดย มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือต้องการพัฒนาระบบจัดส่ง กระจายวัคซีน การจัดการคลังวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (VMI & Cold chain management) ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการนำร่องดังกล่าวรวมทั้งสิ้น 28 จังหวัด

จากการประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2552 วันที่ 12 ตุลาคม 2552 มีมติให้ เห็นชอบให้ สปสช. รับผิดชอบการบริหารระบบการจัดหาและการกระจายวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) โดยผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นไป และให้สปสช. ประสานงานกับกรมควบคุมโรค ในการกำหนดหลักเกณฑ์ พัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ และการกำกับติดตามประเมินผลการให้บริการ วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน

## 2. สิทธิประโยชน์

สปสช. ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 7** แผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุข

| อายุ | วัคซีนที่ให้ | ข้อแนะนำ |
|---|---|---|
| แรกเกิด | BCG<br>HB1 | 1) ไม่ให้ BCG ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของโรคเอดส์<br>2) HB1 ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง |
| 2 เดือน | DTP-HB1, OPV1 | |
| 4 เดือน | DTP-HB2, OPV2 | |
| 6 เดือน | DTP-HB3, OPV3 | |
| 9 เดือน | M หรือ MMR1 | หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด |
| 1 1/2 ปี | DTP4, OPV4,<br>JE1, JE2 | ควรให้ JE 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ |
| 2 1/2 ปี | JE3 | |
| 4 ปี | DTP5, OPV5 | |
| 7 ปี (ป.1) | MMR2<br>BCG *<br>dT, OPV | 1) ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ฉีด MMR ให้เด็กนักเรียนชั้น ป.1<br>2) ให้ BCG ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิดและไม่มีแผลเป็น และ ไม่ให้ BCG ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์<br>3) ให้ในกรณีที่ได้รับ DTP, OPV ไม่ครบ 5 ครั้ง |

| อายุ | วัคซีนที่ให้ | ข้อแนะนำ |
|---|---|---|
| 12 ปี (ป.6) | dT | |
| หญิงตั้งครรภ์ | dT | 1. หากไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ให้ฉีดเข็มแรกเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และนัดฉีดครั้งต่อไปจนครบอย่างน้อย 3 เข็ม ให้ฉีดโดยมีระยะห่าง 0, 1, 6 เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี<br>2. หากเคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 1 เข็มให้ฉีดอีก 2 เข็ม โดยมีระยะห่าง 0, 6 เดือน หากได้มาแล้ว 2 เข็ม ให้ฉีดเพิ่มอีก 1 เข็ม โดยมีระยะห่างระหว่างเข็ม 2 และเข็ม 3 อย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี<br>3. หากเคยได้รับวัคซีนมาก่อน อย่างน้อย 3 เข็ม และเข็มสุดท้ายนานกว่า 10 ปี ให้ฉีดซ้ำอีก 1 ครั้ง จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี |

**3. เงื่อนไขการรับบริการ**

ประชากรไทยทุกคนที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) เด็กประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) และหญิงตั้งครรภ์

4.คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

4.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.2 กรณีหน่วยบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวทางในการพิจารณา เพื่อป้องกันไม่ให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีอัตราการสูญเสียที่สูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรคัดเลือกหน่วยบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการกำหนดวันให้บริการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นประจำภายในหน่วยบริการเหล่านั้น เช่น มีการให้บริการวัคซีนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ มีการให้บริการวัคซีนเดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากหน่วยบริการดังกล่าวสามารถนัดหมายกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนพร้อมกันได้ อันจะนำซึ่งการป้องกันปัญหาการสูญเสียวัคซีนในอัตราที่สูง

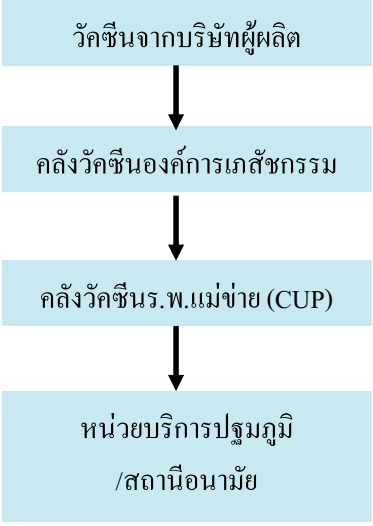
ภายในหน่วยบริการเหล่านั้น เช่น มีการให้บริการวัคซีนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ มีการให้บริการวัคซีนเดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากหน่วยบริการดังกล่าวสามารถนัดหมายกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนพร้อมกันได้ อันจะนำซึ่งการป้องกันปัญหาการสูญเสียวัคซีนในอัตราที่สูง

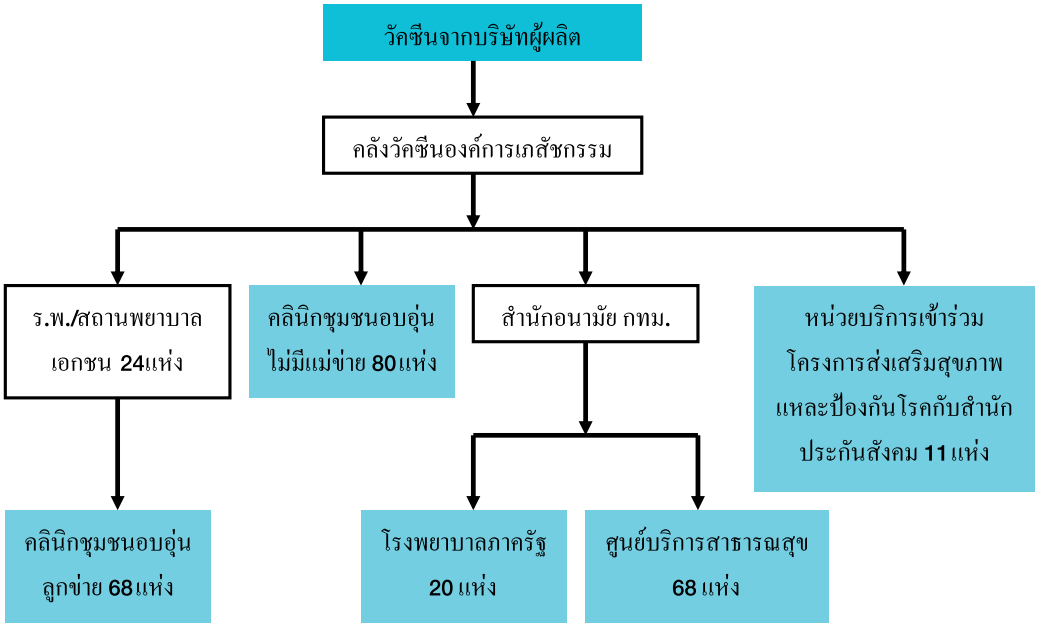
## 5. ระบบการเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกรณี EPI Routine

การกระจายวัคซีนผ่านระบบ VMI นั้น สปสช. ได้กำหนดให้หน่วยบริการประจำ (CUP) เป็นคลังวัคซีนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยองค์การเภสัชกรรมจะกระจายวัคซีนมายังหน่วยบริการประจำ โดยตรง หลังจากนั้นหน่วยบริการประจำ จะกระจายวัคซีนไปให้หน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่ายต่อไป

5.1 ระบบการเบิกวัคซีนของหน่วยบริการในต่างจังหวัด

5.2 ระบบการเบิกวัคซีนของหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร






| ลำดับ | ประเภทหน่วยบริการในกรุงเทพ | ระบบการเบิกวัคซีน |
|---|---|---|
| 1. | โรงพยาบาลภาครัฐ 20 แห่ง | เบิกผ่านสำนักอนามัย กทม. |
| 2. | ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่งและเครือข่าย | เบิกผ่านสำนักอนามัย กทม. |
| 3. | โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชน 24 แห่ง | เบิกผ่านระบบ VMI |
| 4. | คลินิกชุมชนอบอุ่นมีแม่ข่าย 68 แห่ง | เบิกผ่านโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชนแม่ข่าย |
| 5. | คลินิกชุมชนอบอุ่นไม่มีแม่ข่าย 80 แห่ง | เบิกผ่านระบบ VMI |
| 6. | หน่วยบริการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพแหละป้องกันโรคกับสำนักประกันสังคม 11 แห่ง | เบิกผ่านระบบ VMI |

5.3 ขั้นตอนการเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI

5.3.1 เมื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีน EPI ได้รับ Username/Password ในการเข้าสู่ระบบ VMI ให้เภสัชกร เข้าสู่ระบบ VMI และบันทึกปริมาณวัคซีนคงคลัง (On hand) แยกรายรุ่นการผลิต (Lot. Number) ครั้งแรก (กรณีที่ไม่มีวัคซีนอยู่ในคลังให้ระบุเป็นศูนย์ได้)

5.3.2 องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในกรณีที่ปริมาณวัคซีนคงคลัง (Onhand) ต่ำกว่าค่า Reorder Point

5.3.3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) จ่ายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ/สถานีอนามัย

5.3.4 เภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีนในระบบ VMI เข้าสู่ระบบ VMI และบันทึกปริมาณวัคซีนคงคลัง (On hand) แยกรายรุ่นการผลิต (Lot. Number) หลังจากที่ได้จ่ายวัคซีนเรียบร้อยแล้ว ถ้าปริมาณวัคซีนคงคลัง ต่ำกว่าค่า Reorder Point องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งวัคซีนให้

5.3.5 ถ้าหน่วยบริการต้องการขอปรับอัตราใช้วัคซีนต่อเดือน (Reorder Point, ROP) หน่วยบริการต้องส่งเอกสาร FM3 ในระบบ VMI มายังสปสช.เพื่อขอปรับเปลี่ยนค่า ROP ดังกล่าว

ทั้งนี้แบบฟอร์มประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน/รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีน ผ่านระบบ VM และแบบปรับเปลี่ยนประมาณการใช้วัคซีนต่อเดือนในโครงการ EPI Routine (FM3)

## 6. ระบบการเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกรณี EPI นักเรียน

จากแนวทางการให้วัคซีนในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization, EPI) กรมควบคุมโรค ได้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข ประจำอำเภอ ต้องดำเนินการให้บริการวัคซีนแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (ป.1) และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ป.6) โดยเร็วในภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา เพื่อป้องกันการระบาดของโรค เมื่อมีเด็กมาเรียนร่วมกันเป็นจำนวนมาก และได้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข ต้องให้บริการวัคซีนนักเรียน ภายในเดือนมิถุนายน – สิงหาคม โดยหน่วยบริการต้องให้บริการให้แล้วเสร็จภายในภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา

เพื่อให้การบริหารจัดการวัคซีนนักเรียน ผ่านระบบ VMI เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้สามารถป้องกันการระบาดของโรค ได้ สปสช. จึงได้กำหนดระบบกระจายวัคซีนนักเรียนผ่านระบบ VMI ดังต่อไปนี้

6.1 สปสช. จัดสรรวัคซีนนักเรียนให้แก่หน่วยบริการประจำ (CUP) โดยประมาณการจากจำนวนเด็กนักเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (www.bopp-obec.info)

6.2 สปสช. จะกระจายวัคซีนนักเรียนผ่านระบบ VMI ภายในเดือนพฤษภาคม โดยการกระจายวัคซีนนักเรียนไปยังหน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ เป็นคลังวัคซีนระดับหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP)

6.3 หน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ประจำอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) รับวัคซีนนักเรียนจากองค์การเภสัชกรรม และกระจายให้แก่หน่วยบริการลูกข่าย ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย เพื่อให้บริการวัคซีนนักเรียนในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2553 โดยหน่วยบริการต้องให้บริการให้แล้วเสร็จภายในภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา

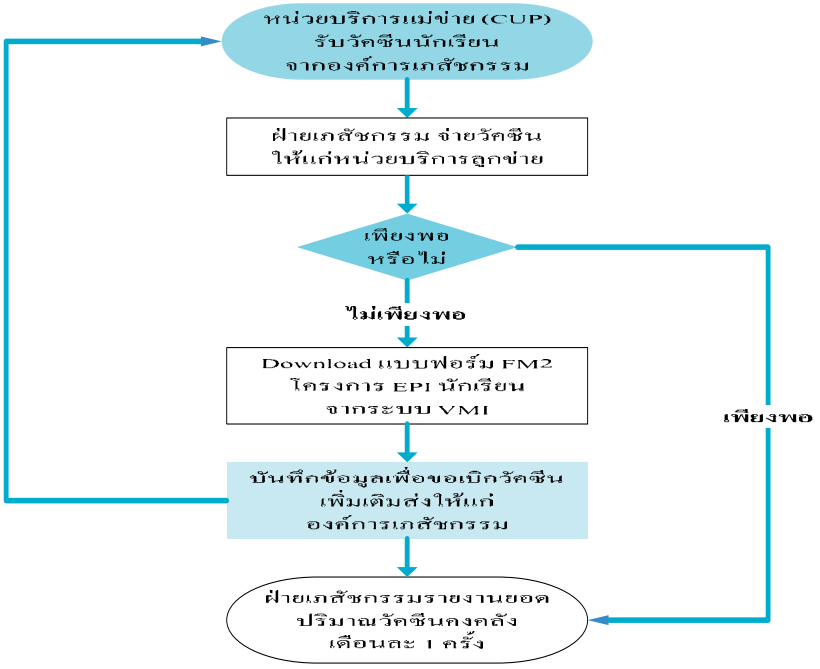
6.4 ในกรณีที่วัคซีนนักเรียนไม่เพียงพอ ให้เภสัชกรผู้ดูแลคลังวัคซีนสามารถเบิกวัคซีนเพิ่มได้จากองค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถ Download แบบฟอร์ม FM2 โครงการ EPI นักเรียน รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 2 จากระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และส่งแบบฟอร์มดังกล่าวให้แก่องค์การเภสัชกรรมทางโทรสาร หรือทาง E-mail โดยองค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งวัคซีนให้ตามจำนวนที่หน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ประจำอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) แจ้งมา

6.5 เภสัชกรผู้ดูแลคลังวัคซีนระดับ หน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ประจำอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) ต้องรายงานยอดคงคลังเดือนละ 1 ครั้ง (ตามกำหนดการรายงานวัคซีน EPI Routine) จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2553

6.6 หลังจากที่จบโครงการให้บริการวัคซีนนักเรียนวันที่ 30 กันยายน แล้ว สปสช.จะโอนยอดคงคลังวัคซีนนักเรียนทุกรายการเข้าสู่โครงการ EPI Routine ยกเว้นวัคซีน MMR Multiple dose (Measles Mumps and Rubella combined vaccine สายพันธุ์ Urabe) จะยังคงเก็บไว้ในระบบ VMI ของโครงการ EPI นักเรียน เนื่องจากสายพันธุ์ของวัคซีนดังกล่าวคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กเล็ก

6.7 กรณีโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จะเบิกวัคซีนนักเรียนจากองค์การเภสัชกรรมโดยตรง โดยไม่ผ่านระบบ VMI

**Flow Chart สรุปดำเนินงานสำหรับหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP)**
**ในโครงการกระจายวัคซีนนักเรียนด้วยระบบ VMI**




## 7. คำถามที่พบบ่อย

**คำถามที่ 1** หน่วยบริการ เช่น สถานบันบำราศนราดูร หรือ ศูนย์อนามัยเขต ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ แต่เคยเบิกวัคซีน EP1 กับสำนักงานป้องกันควบคุมโคเชต/กรมควบคุมโรคและยังมีการให้บริการวัคซีน EP1 แก่กลุ่มเป้าหมาย มีความประสงค์ต้องการเข้าร่วมโครงการเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI กับ สปสช. ต้องทำอย่างไรบ้าง

**คำตอบ**

สปสช. ได้กำหนดให้ หน่วยบริการประจำ (CUP) เป็นคลังวัคซีนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยองค์การเภสัชกรรมจะกระจายวัคซีนมายังหน่วยบริการประจำ (CUP) โดยตรง หลังจากนั้น หน่วยบริการประจำ จะกระจายวัคซีนไปให้หน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่ายต่อไป

อย่างไรก็ตาม ยังมีหน่วยบริการบางแห่งที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น สถาบันบำราศนราดูร หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่มีการให้บริการวัคซีน EPI แก่เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ เป็นประจำ ซึ่งหน่วยบริการเหล่านี้สามารถเข้าร่วมระบบการกระจายวัคซีน EPI ผ่านระบบ VMI ได้ โดย หน่วยบริการจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประมาณการจำนวนผู้ที่มารับบริการวัคซีนต่อเดือนแยกรายวัคซีน, จำนวนหน่วยบริการในเครือข่ายรวมโรงพยาบาล (ถ้ามี), วันที่ให้บริการวัคซีน (รายละเอียดตามไฟล์แนบ)

2. กำหนดเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลังวัคซีนในระบบ VMI และช่องทางการติดต่อ (รายละเอียดตามไฟล์แนบ)

3. ส่งไฟล์ดังกล่าวมาที่ Email address : epinhso@nhso.go.th, tanapat.l@nhso.go.th, wannapa.s@nhso.go.th หรือทางโทรสาร 02-1439730-31

4. สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการวัคซีน EPI ต่อเดือน และแปลงเป็นจำนวนวัคซีนที่ใช้ต่อเดือน ซึ่งปรับด้วยอัตราสูญเสียแล้ว ภายใน 1 วัน หลังจากนั้น จะส่งข้อมูลดังกล่าวให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อนำเข้าระบบ VMI และ จัดส่ง Username/Password ในการเข้าสู่ระบบ VMI เพื่อเบิกวัคซีนให้แก่หน่วยบริการต่อไป

**คำถามที่ 2** วัคซีน EPI ซึ่งหน่วยบริการได้รับจากองค์การเภสัชกรรม บางรายการก็มากจนเกินไป บางรายการก็น้อยจนเกินไป จึงต้องการขอปรับค่า ROP (Reorder Point) ในระบบ VMI ต้องทำอย่างไรบ้าง

**คำตอบ**

เนื่องจากค่า ROP (Reorder Point) ในระบบ VMI นั้นเกิดจากการประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือนแยกรายวัคซีน ซึ่งถ้าหน่วยบริการมีรวบรวมข้อมูล หรือประมาณจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือนไม่ดีพอ ก็จะทำให้วัคซีนที่ได้รับ บางรายการมาก หรือ น้อยจนเกินไป อย่างไรก็ดี สปสช. ได้กำหนดให้ หน่วยบริการสามารถขอปรับค่า ROP (Reorder Point) ในระบบ VMI ได้โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมตาม URL : http://scm.gpo.or.th/vmi/ และ Click เลือกโครงการ EPI Routine

2. Download แบบฟอร์มขอปรับเปลี่ยนปริมาณการใช้วัคซีน (FM3) และบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มดังกล่าวให้ครบถ้วน

3. ส่งไฟล์ดังกล่าวมาที่ Email address : epinhso@nhso.go.th, tanapat.l@nhso.go.th, wannapa.s@nhso.go.th หรือทางโทรสาร 02-1439730-31

4. สปสช. จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลภายใน 1 วันหลังจากนั้น จะส่งข้อมูลดังกล่าวให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนค่า ROP (Reorder Point) ในระบบ VMI ต่อไป

**คำถามที่ 3** ในระยะแรก ที่หน่วยบริการเริ่มระบบ VMI ในการเบิกจ่ายวัคซีน หน่วยบริการอาจจะยังไม่คุ้นเคยกับอัตราการใช้วัคซีน EPI ในพื้นที่ หน่วยบริการมีความความต้องการวัคซีนเร่งด่วน ไม่สามารถรอการส่งวัคซีนขององค์การเภสัชกรรมตามรอบได้ หน่วยบริการควรทำอย่างไร

**คำตอบ**

ในกรณีที่หน่วยบริการมีความต้องการวัคซีนเร่งด่วน หน่วยบริการมีทางเลือกในการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. สปสช. ได้กำหนดว่า ในระยะแรกหลังจากที่หน่วยบริการเริ่มใช้ระบบ VMI ในการเบิกจ่ายวัคซีน หน่วยบริการอาจจะยังไม่มีความคุ้นเคยกับระบบการเบิกวัคซีน ผ่านระบบ VMI และประมาณการอัตราใช้วัคซีนต่อเดือนอาจจะยังไม่สะท้อนจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนที่แท้จริง เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนวัคซีนในระดับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสำรองวัคซีนดังกล่าวต่อไปอีก 3 เดือน เพื่อให้บริการแก่หน่วยบริการกรณีที่มีความต้องการวัคซีนอย่างเร่งด่วน หลังจากที่หน่วยบริการมีความคุ้นเคยกับระบบ VMI แล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถถ่ายโอนวัคซีนคงคลังให้แก่หน่วยบริการต่อไปได้ ดังนั้น หน่วยบริการควรติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อเบิกวัคซีนเร่งด่วน เป็นอันดับแรก

2. ในกรณีที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่ได้มีการสำรองวัคซีน เอาไว้ในคลังวัคซีน หน่วยบริการสามารถติดต่อองค์การเภสัชกรรมได้โดยตรงเพื่อขอเบิกวัคซีนเร่งด่วน โดยมีรายละเอียดการติดต่อดังต่อไปนี้

1) ทีมงานองค์การเภสัชกรรม บริการ VMI 02-203-8986-9
2) กทม. นนทบุรี สมุทรปราการ 02-203-8914, 02-203-8916
3) ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ 02-203-8996, 02-203-8918
4) ภาคกลาง และภาคตะวันออก 084-700-3925, 02-203-8927-9

**คำถามที่ 4** หน่วยบริการประจำ (CUP) ต้องการขอปรับวันในการให้บริการวัคซีน (Vaccination Day) เพื่อให้กำหนดวันบันทึก Onhand และวันที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีน ให้สอดคล้องกับใบเบิกวัคซีนของสถานีอนามัย/หน่วยบริการสามารถทำได้หรือไม่

**คำตอบ**

ในระบบการกระจายวัคซีน EPI ผ่านระบบ VMI นั้น สปสช.กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นแกนหลักในการสำรวจวันที่ให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการภายในจังหวัด และปรับเกลี่ยให้เป็นวันเดียวกันภายในจังหวัดทั้งหมด เพื่อเพิ่มความสะดวก

ความรวดเร็ว และลดความซ้ำซ้อนในการเดินทางไปส่งวัคซีน ขององค์การเภสัชกรรม

ดังนั้น หน่วยบริการประจำ ต้องการปรับเปลี่ยนวันในการให้บริการวัคซีน ควรแจ้งไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอให้ทบทวนภาพรวมวันให้บริการวัคซีนของจังหวัดอีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ปรับเกลี่ยวันที่ให้บริการวัคซีนเป็นวันเดียวกันแล้ว ให้แจ้งมาที่ สปสช. และสปสช. จะได้ ส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรมปรับแก้ วันที่ให้บริการวัคซีน วันที่บันทึก Onhand และวันที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนในระบบ VMI ต่อไป

เพื่อให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ขอแสดงตัวอย่างการคำนวณวันที่บันทึก Onhand และวันที่องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งวัคซีน ดังนี้ สมมติว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง แจ้งมาว่าหน่วยบริการภายในจังหวัดกำหนดวันให้บริการวัคซีนเป็นวันแรกของทุกเดือน (ให้เป็นวันที่ 1)

**ข้อกำหนดเบื้องต้น**

วันที่บันทึก Onhand 5-10 วันหลังจากวันที่ให้บริการวัคซีน

วันที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีน 15 วันหลังจากวันที่บันทึก Onhand

| วันที่ให้บริการวัคซีน | วันที่บันทึก Onhand | | วันที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีน | |
|---|---|---|---|---|
| | เร็วสุด | ช้าสุด | เร็วสุด | ช้าสุด |
| วันที่ 1 | วันที่ 6 (1+5) | วันที่ 11 (1+10) | 21 (6+15) | 26 (11+15) |

**คำถามที่ 5** องค์การเภสัชกรรม นำวัคซีนมาส่งให้แก่หน่วยบริการแล้ว โดยหน่วยบริการไม่ได้เปิดกล่องวัคซีนตรวจสอบ แต่ลงนามรับวัคซีนในใบนำส่งเรียบร้อยแล้ว ต่อมาภายหลังเมื่อเปิดกล่องวัคซีนดูพบว่าวัคซีน OPV ที่ได้รับจากองค์การเภสัชกรรม แตกเกือบทั้งหมด หน่วยบริการควรทำอย่างไร

**คำตอบ**

ในกรณีที่ หน่วยบริการพบว่า หลังจากที่เปิดกล่องวัคซีน แล้ววัคซีนแตก หรือชำรุด แต่ได้ลงนามรับสินค้าเรียบร้อยไปแล้ว หน่วยบริการสามารถ ติดต่อองค์การเภสัชกรรมได้โดยตรงเพื่อขอเบิกวัคซีนชดเชย โดยมีรายละเอียดการติดต่อดังต่อไปนี้

1. ทีมงานองค์การเภสัชกรรม บริการ VMI 02-203-8986-9
2. กทม. นนทบุรี สมุทรปราการ 02-203-8914, 02-203-8916

3. ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ 02-203-8996, 02-203-8918

4. ภาคกลาง และภาคตะวันออก 084-700-3925, 02-203-8927-9

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่หน่วยบริการจะลงนามรับวัคซีนจากบริษัทขนส่ง หน่วยบริการควรตรวจสอบความเรียบร้อยของวัคซีนที่นำมาส่ง โดยเปิดกล่องวัคซีนเพื่อตรวจสอบปริมาณวัคซีนที่จัดส่ง สภาพวัคซีนที่จัดส่ง และอุณหภูมิของวัคซีนขณะจัดส่ง ไม่ควรจะดูแตเพียงจำนวนกล่องที่จัดส่งและใบนำส่งแต่เพียงอย่างเดียว

**คำถามที่ 6** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สอบถามมาว่าจะทราบได้อย่างไร สปสช. โอนเงินค่าสนับสนุนบริการต่างๆ ให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว

**คำตอบ**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/หน่วยบริการสามารถตรวจสอบรายงานการโอนเงินได้จาก website ของสปสช. โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เข้าไปที่ Website ของสปสช. URL: www.nhso.go.th
2. ด้านขวามือของ Website เลือก **"NHSO Budget"**
3. เลือก **"รายงานการจ่ายเงินกองทุน"**
4. เลือก **"ปีงบประมาณ"** ที่ต้องการตรวจสอบ
5. เลือก **"จังหวัด"** และ **"หน่วยงาน"** ที่ต้องการตรวจสอบ
6. ระบบจะแสดงรายละเอียดการจ่ายเงินกองทุนในหมวดต่างๆ ซึ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ หน่วยบริการสามารถเลือกดูได้ตามความต้องการ

**คำถามที่ 7** วัคซีนนักเรียน (EPI-นักเรียน) เป็นวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization, EPI) หรือไม่ และมีวิธีการบริหารจัดการต่างกับ วัคซีน EPI –Routine หรือไม่ อย่างไร

**คำตอบ**

วัคซีนนักเรียน (EPI-นักเรียน) เป็นวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization, EPI) รายละเอียดดังตารางที่ 7

แต่วิธีการบริหารจัดการระหว่างโครงการ EPI-Routine และ EPI นักเรียนนั้น จะมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบวิธีการบริหารจัดการระหว่างโครงการ EPI-Routine และ EPI นักเรียน

| | EPI Routine | EPI นักเรียน |
|---|---|---|
| ช่วงเวลาให้วัคซีน | ตลอดทั้งปี | ให้บริการโดยเร็วและให้แล้วเสร็จภายในภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา เนื่องจาก เมื่อเปิดภาคการศึกษา จะมีเด็กนักเรียนมาเรียนร่วมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ |
| กลุ่มเป้าหมาย | แรกเกิด – 4 ปี | นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1<br>นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 |
| รายการวัคซีน | ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | **1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1**<br>1) MMR สายพันธุ์ Urabe<br>2) dT<br>3) OPV<br>4) BCG<br>**2. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6**<br>1) dT |
| | เบิกผ่านระบบ VMI โดยบันทึก Onhand ในระบบ ถ้า Onhand ต่ำกว่า ROP องค์การเภสัชกรรมจะส่งวัคซีนให้เท่ากับ Maximum ในกรณีที่ต้องการปรับเปลี่ยนค่า ROP ให้ดำเนินการเหมือนกับคำถามข้อที่ 2 | สปสช. จะจัดสรรวัคซีนนักเรียนให้แก่หน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ประจำอำเภอ โดยประมาณการจากจำนวนเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยหน่วยบริการไม่ต้องเบิกผ่านระบบ VMI เหมือนโครงการ EPI-Routine ในกรณีที่ต้องการวัคซีนนักเรียนเพิ่มให้หน่วยบริการ เข้าระบบ VMI ขององค์การ และ Click เลือกโครงการ EPI นักเรียน ให้ Download แบบฟอร์มเบิกวัคซีนเพิ่มเติม และส่งไปที่องค์การเภสัชกรรมได้ทันที |

**กรณีที่ต้องการเบิกวัคซีนนักเรียนเพิ่มเติม ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้**

1. เข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมตาม URL : http://scm.gpo.or.th/vmi/และClick เลือกโครงการ EPI นักเรียน

2. Download แบบฟอร์มเบิกวัคซีนเพิ่มเติม และบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน

3. ส่งแบบฟอร์มดังกล่าว กลับมาที่องค์การเภสัชกรรม

   3.1 เบอร์โทรสาร 0-2203-8909, 0-2354-8854 หรือ 0-2354-8861

   3.2 e-mail : อmi@gpo.or.th

4. หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ

| | |
|---|---|
| 4.1 กิตติ ระหงษ์ | โทรศัพท์ 02-203-8927-9, 08-1384-6079 |
| 4.2 หญิงศรีสมัย โมกขมรรคกุล | โทรศัพท์ 02-203-8918 |
| 4.3 อำพล กายบริบูรณ์ | โทรศัพท์ 02-203-8914 |
| 4.4 หญิงกฤติยา ศรีสวัสดิ์ | โทรศัพท์ 02-203-8996 |

**คำถามที่ 8 จะเริ่มใช้งานระบบ VMI ในการเบิกวัคซีน EPI อย่างไร เนื่องจากมีความแตกต่างจากระบบ VMI ในโครงการอื่น ๆ**

**คำตอบ**

หน่วยบริการสามารถ Download วิธีการใช้งานระบบ VMI ในการเบิกวัคซีน EPI ได้จาก website VMI ขององค์การเภสัชกรรม

**คำถามที่ 9** เนื่องด้วยสปสช. กำหนดให้กระจายวัคซีนนักเรียนลงไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ แต่ในกรณีที่บางอำเภอ เช่น อำเภอเมือง อาจจะมีหน่วยบริการประจำมากกว่า 1 แห่ง และมีหน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมให้บริการวัคซีนนักเรียนในพื้นที่รับผิดชอบด้วย เช่น ศูนย์อนามัยเขต จะทำอย่างไร

**คำตอบ**

หน่วยบริการดังกล่าวสามารถรับวัคซีนนักเรียนได้ โดยให้หน่วยบริการรวบรวมข้อมูลจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มการขอเบิกวัคซีนนักเรียน และส่งมาให้แก่สปสช.

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปีที่ 6 มาที่

Email address : epinhso@nhso.go.th, tanapat.l@nhso.go.th, wannapa.s@nhso.go.th หรือทางโทรสาร 02-1439730-31

หลังจากที่ สปสช. ได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการแล้ว สปสช. จะแปลงจำนวนเด็กนักเรียนเป็นจำนวนการจัดสรรวัคซีนนักเรียน และ ส่งข้อมูลดังกล่าวให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อกระจายวัคซีนให้หน่วยบริการดังกล่าวต่อไป

**คำถามที่ 10** ในกรณีที่หน่วยบริการไม่แน่ใจคุณภาพวัคซีนที่จัดเก็บเนื่องจากพบว่าวัคซีนถูกจัดเก็บที่อุณหภูมิสูงกว่า 8 องศาเซลเซียส หน่วยบริการควรติดต่อหน่วยงานใด

**คำตอบ**

ในกรณีที่หน่วยบริการพบปัญหาด้านคุณภาพวัคซีน หรือแนวทางการให้วัคซีนต่างๆ หน่วยบริการสามารถติดต่อโดยตรงที่ กลุ่มงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0 2590 3196-9

## 8. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

8.1 ผู้ประสานงาน

เภสัชกรธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
โทรศัพท์ : 02-1414295 , 081-9060243
โทรสาร : 02-1439730-31
Email address : tanapat.l@nhso.go.th

เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
เบอร์โทรศัพท์ : 02-1414201 , 084-387-8045
เบอร์โทรสาร : 02-1439730-31
Email address : wannapa.s@nhso.go.th

## 7.6 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

### 1. ความเป็นมา

จากการประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 22 ม.ค. 2551 มีมติเห็นชอบ ในหลักการให้ เริ่มดำเนินการขยายความครอบคลุมการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค [PP] ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากกลุ่ม ผู้สูงอายุ > 65 ปี ที่มีโรคเรื้อรัง ที่สำคัญ ได้แก่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด ฯลฯ

ทั้งนี้ในระยะแรก (ปี 2551) ให้ใช้งบประมาณที่มีเหลือจ่ายจากงบบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 103.32 ล้านบาท เป็นงบจัดหาวัคซีนและการบริหารจัดการอื่นๆ พร้อมให้ดำเนินการศึกษาและติดตามประเมิน ผลการขยายความครอบคลุมดังกล่าวด้วย

ในปีงบประมาณ 2553 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขยายกลุ่มเป้าหมายการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็น ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีทุกราย

### 2. สิทธิประโยชน์

วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

### 3. เงื่อนไขการรับบริการ

ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีทุกราย

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## 5. ระบบการเบิกวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

5.1 สปสช. รวบรวมกลุ่มเป้าหมายในการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่จาก จาก OP individual

5.2 สปสช. คำนวณปริมาณวัคซีนที่ต้องใช้ และส่งให้องค์การเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งให้แก่หน่วยบริการ

5.3 หน่วยบริการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่กลุ่มเป้าหมายตามที่สปสช. จัดสรร

5.4 หน่วยบริการกรอกข้อมูลการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ในโปรแกรมโครงการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของสปสช.ทาง website ของสปสช. http://ucapps1.nhso.go.th/influenza/FrmInfluLogin.jsp

5.5 สปสช. จ่ายชดเชยค่าบันทึกข้อมูลให้หน่วยบริการ

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

6.1 ผู้ประสานงาน

เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
เบอร์โทรศัพท์ : 02-1414201 , 084-387-8045
เบอร์โทรสาร : 02-1439730-31
Email address : wannapa.s@nhso.go.th

นางสาวจารวี รัตนยศ
กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เบอร์โทรศัพท์ : 02-1414274 , 084-4381824
เบอร์โทรสาร : 02-1439730-31
Email address : jarawee.r@nhso.go.th

## 7.7 ยากำพร้ากลุ่ม Antidote

### 1. ความเป็นมา

ยากำพร้า ตามประกาศคณะกรรมการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องบัญชีรายการยากำพร้า พ.ศ. 2550 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2550 หมายถึง "ยาที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อวินิจฉัย บรรเทา บำบัด ป้องกัน หรือรักษาโรคที่พบได้น้อย หรือโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือโรคที่ก่อให้เกิดความทุพพลภาพอย่างต่อเนื่อง หรือยาที่มีอัตราพบได้ต่ำ โดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้ และมีปัญหาการขาดแคลน" รายการยากำพร้าตามประกาศฉบับนี้มี 50 รายการ 52 ตัวยา ซึ่งพบว่าเป็นรายการยากลุ่ม antidote หลายรายการ

คณะอนุกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2553 วันที่ 19 เมษายน 2553 เพื่อพิจารณาในประเด็น ดังนี้

1. เห็นชอบในการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่ม Antidote ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ไขปัญหายากำพร้าทั้งระบบ ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน โดยจัดระบบบริหารด้านการจัดหายา การสำรองและการกระจายยา โดยใช้งบเหลือจ่าย จากงบประมาณค่ายาบัญชี จ (2) ปี 2552 วงเงิน 5 ล้านบาท เป็นทุนหมุนเวียนและเริ่มดำเนินการในยากลุ่ม Antidote 6 รายการซึ่งมีความจำเป็น ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีดังกล่าว

2. ให้ สปสช. เสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณารายการยาดังกล่าวเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ "หมวดยากำพร้า"

ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่ม Antidote ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ไขปัญหายากำพร้าทั้งระบบ และอนุมัติให้ สปสช.ดำเนินการ ดังนี้

1. ให้เริ่มดำเนินการในกลุ่มยา Antidote จำนวน 6 รายการที่เสนอ ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ในกรณีฉุกเฉินอย่างทันท่วงที และให้ สปสช.ใช้งบเหลือจ่ายจากงบประมาณค่ายาบัญชี จ(2) ปี 2552 วงเงิน 5 ล้านบาท ในการพัฒนาระบบและเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับการจัดหา การสำรองยา และให้หน่วยบริการเบิกจ่าย/จัดซื้อ และการดำเนินงานอื่นตามรายละเอียดตามที่

คณะอนุกรรมการคัดเลือกยาฯ เสนอ

2. เห็นชอบให้ สปสช. เสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณารายการยาดังกล่าวเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ “หมวดยากำพร้า”

เพื่อให้เกิดการสำรองยาที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษ หน่วยบริการมียาใช้ทันต่อความจำเป็น สปสช.จึงดำเนินการจัดระบบการจัดหาและกระจายยาไปสำรองยังหน่วยบริการต่างๆให้กระจายอยู่ทั่วประเทศ และมอบองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหายาทั้งจากผู้ผลิตในประเทศและการจัดหาจากต่างประเทศ และกระจายยาไปยังหน่วยบริการด้วยการบริหารจัดการผ่านระบบ VMI โดยมีปัจจัยที่ใช้พิจารณาเกี่ยวกับการกระจายยาไปยังหน่วยบริการ ได้แก่

- ชนิดของ antidotes ความเร่งรีบในการใช้ยานั้น
- พื้นที่ที่มีโอกาสเกิดปัญหา (High risk area)
- ระยะทางระหว่างแหล่งที่สำรองยาไปหน่วยบริการอื่นที่มีความต้องการใช้ยา
- ความต้องการในการประเมิน/การตัดสินจากผู้เชี่ยวชาญ

## 2. สิทธิประโยชน์

รายการยากำพร้า กลุ่ม antidote ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ปี 2553 ให้ดำเนินการมีจำนวน 6 รายการ คือ

1. Dimercaprol inj, (BAL) องค์การเภสัชกรรมนำเข้าจากต่างประเทศ จำนวน 1,000 ampules
2. Sodium nitrite inj. ผลิตโดยสภากาชาดไทย จำนวน 5,000 vials
3. Sodium thiosulfate inj. ผลิตโดยสภากาชาดไทย จำนวน 5,000 vials
4. Methylene blue inj, ผลิตโดยสภากาชาดไทย จำนวน 5000 vials
5. Glucagon inj.) องค์การเภสัชกรรมนำเข้าจากต่างประเทศ จำนวน 200 vials
6. Succimer cap. (DMSA) ) องค์การเภสัชกรรมนำเข้าจากต่างประเทศ จำนวน 5,000 capsules

การนำยาไปใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ สปสช. ให้สิทธิประโยชน์สนับสนุนยากำพร้าดังกล่าวแก่หน่วยบริการเฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น สำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น สปสช. จะดำเนินรวบรวมการหักค่ายาทางบัญชีกับหน่วยบริการภายหลัง

## 3. เงื่อนไขการรับบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษในรายการยากลุ่มนี้เข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## 4.คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

4.1 เป็นหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสปสช.จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงานของยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยาคงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากหน้าเวบไซด์ของสปสช.

หน่วยบริการ/หน่วยงานที่สปสช.พิจารณาให้เป็นแหล่งสำรองยากำพร้า กลุ่ม Antidote 6 รายการ แสดงไว้ดังตาราง

| รายการยา | แหล่งสำรอง | จำนวน (แห่ง) | ปริมาณแห่งละ |
|---|---|---|---|
| Dimercaprol 50 mg/ml | รพท หรือ รพศ หรือ รพม.ในเขต สปสช.ละ 1- 2 แห่ง และ ศูนย์พิษวิทยา รพ. รามาธิบดี และศูนย์พิษวิทยา รพ.ศิริราช | 20 | 40 ampules |
| Sodium nitrite 3% | รพท,รพศ,รพม. ทุกแห่ง | 107 | 10 vials |
| Sodium thiosulfate 25% | รพท,รพศ,รพม. ทุกแห่ง | 107 | 10 vials |
| Methylene blue 1% | รพท,รพศ,รพม. ทุกแห่ง | 107 | 20 vials |
| Glucagon1mg/ml | ศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาธิบดี | 1 | 200 vials |
| Succimer 100 mg/cap | องค์การเภสัชกรรม | 1 | 5,000 capsules |

## 5. ระบบการเบิกยา

การลงบันทึกข้อมูลเบิกยาในโปรแกรมบริหารจัดการยากำพร้า ของ สปสช. ให้หน่วยบริการทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา หากเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.จะดำเนินการรวบรวมค่ายาและค่าขนส่งที่เกิดขึ้นหักค่าใช้จ่ายทางบัญชีของหน่วยบริการต่อไป

5.1 หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษแต่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยานั้น ให้หน่วยบริการเข้าไปทำการสืบค้นข้อมูลการสำรองยาจากเวบไซด์ของสปสช. เพื่อพิจารณาว่าจะดำเนินการเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเบิกยาจากแหล่งใดก็ได้โดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นหน่วยบริการในเขตเดียวกันหรือไม่ เมื่อทราบว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใด ให้หน่วยบริการประสานไปยังผู้ประสานงานตามที่ระบุไว้บนเวบไซด์ เพื่อให้แหล่งสำรองยาดังกล่าวจัดส่งยาให้ต่อไป

5.2 หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษและเป็นแหล่งสำรองยานั้น ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมการเบิกยาชดเชยของ สปสช. และสามารถนำยาไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้น หากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมของ สปสช.ตามจำนวนที่มี และประสานขอยาเพิ่มเติมโดยดำเนินการตามข้อ 5.1

5.3 หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยา และได้รับการประสานขอเบิกยาจากหน่วยบริการอื่นที่รับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษ ให้ดำเนินการจัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามา และบันทึกข้อมูลการเบิกยา พร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้า ของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยา และค่าขนส่งต่อไป

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

6.1 ผู้ประสานงาน

เภสัชกรหญิงวรรณภา สกุลพราหมณ์
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
โทรศัพท์ 02-141-4201, 084-387-8045
E-mail address: wannapa.s@nhso.go.th

เภสัชกรหญิงดวงทิพย์ หงษ์สมุทร
กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.
โทรศัพท์ 02-141-5019 , 081-170-4112
E-mail address: duangtip.h@nhso.go.th

**แบบรายงานการใช้ยา Clopidogrel 75 mg**

รายงานรับ-จ่ายยา ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐ รายบุคคล

รายการยา .....ประจำเดือน .....

โรงพยาบาล / สถานพยาบาล ..... จังหวัด .....

ผู้มีสิทธิ ☐ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ระบบประกันตนประกันสังคม

☐ สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างข้าราชการ

| ว/ด/ป | Lot. No | ได้จาก | จ่าย | | จำนวน | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ชื่อผู้ป่วย | เลขที่สำคัญสำหรับแสดงตน | รับ | จ่าย | คงเหลือ | |
| | | | | | | | | |

ลงชื่อ ..... ผู้ทำรายงาน

ลงชื่อ ..... หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

**แบบรายงาน รับ-จ่าย ยาประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ รายเดือน**

ชื่อยา CLOPIDOGREL 75 mg.

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

โรงพยาบาล/สถานพยาบาล..... รหัสสถานบริการ ..... จังหวัด .....

ประจำเดือน.....พ.ศ. 25.....

| จำนวนยา Clopidogrel ที่เบิกผ่านระบบ VMI (เม็ด) | | | | สรุปการให้บริการจ่ายยา Clopidogrel สะสม | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ยอดยกมา | รับ | จ่าย | คงเหลือ | เดือน..... | | ตั้งแต่เริ่มโครงการ | |
| | | | | จำนวนผู้ป่วย (คน) | จำนวนเม็ดยา (เม็ด) | จำนวนผู้ป่วย (คน) | จำนวนเม็ดยา (เม็ด) |
| | | | | | | | |

ลงชื่อ ..... ผู้ทำรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... / ..... / 25 .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับรองรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง ผอ.โรงพยาบาล / หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม

วันที่ ..... / ..... / 25 .....

**หมายเหตุ**

*1 ให้ลงจำนวนยอดยกมาจากเดือนก่อน หากเป็นการรับครั้งแรกให้ลงเป็น 0 เดือนอื่นๆต่อมา ให้ลงยอดยกมาของเดือนก่อนหน้า

*2 จำนวนยารับเข้าใหม่ในเดือนนั้น

*3 จำนวนยาจ่ายในเดือนนั้น

*4 เดือนที่ทำรายงาน

(ให้ใช้แบบรายงานรับ-จ่ายนี้ส่งให้สปสช. ทุกเดือนจนกว่า สปสช. จะแจ้งให้ใช้การรายงานผ่านโปรแกรมเบิกจ่ายยา Clopidogrel)

แบบฟอร์มประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน และรายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านระบบ VM

.....

1. ประมาณจำนวนผู้ที่มารับบริการวัคซีนต่อเดือน (คนต่อเดือน)

จำนวนหน่วยบริการในเครือข่ายรวมโรงพยาบาล.....

| CUP/หน่วยบริการ | BCG | HB | DTP-HB | OPV | DTP | MMR single dose | JE | dT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

2. รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบ VMI

| | |
|---|---|
| CUP / หน่วยบริการ | |
| จังหวัด | |
| รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบ VMI | |
| เบอร์โทรศัพท์หน่วยบริการ | |
| เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ | |
| e-Mail | |
| ชื่อผู้รับของ | |
| แผนก : คลังยา/ฝ่ายเภสัชกรรม ฯ | |
| ที่อยู่หน่วยบริการ | |
| เบอร์โทรศัพท์หน่วยบริการ | |
| เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ | |

หมายเหตุ :

1. กรอกข้อมูลเฉพาะรายการที่มีการปรับข้อมูลเทานั้น และข้อมูลในระบบจะเปลี่ยนแปลงใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์
2. ตัวเลขอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมจากการพิจารณาของ สปสช.
3. ระหว่างการปรับเปลี่ยนตัวเลขหากต้องการใช้วัคซีนด่วนโปรดโทรแจ้งติดต่อองค์การเภสัชกรรม

ชื่อผู้ขอแก้ไขข้อมูล.....

โทร.....โทรสาร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ

คุณธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์
โทรศัพท์ 02 141 4295, 0 21414201
โทรสาร 02 1439730-31
Mobile 0819060243} 084 387 8045
e-mail.com: epinhso@nhso.go.th
wannapa@nhso.go.th
tanapat.l@nhso.go.th

## 8. การบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

ในปีงบประมาณ 2554 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดสรรสำหรับบริการใน 2 ส่วน ดังนี้

1. การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป (ยกเว้นค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน) จัดสรร 242.92 บาทต่อหัวประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ จัดสรร 9.66 บาทต่อหัวประชากร

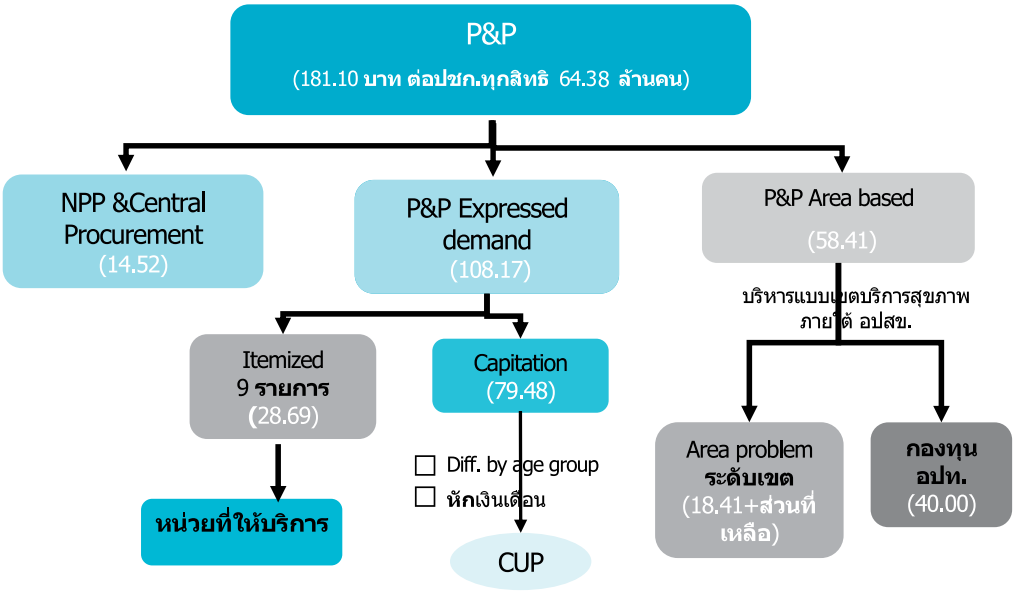
### 1. การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป (ยกเว้นค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน)

การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเป็นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคลและครอบครัว มุ่งเน้นให้มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรม ส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการและสถานพยาบาลให้มีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการมากขึ้นตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีงบประมาณ 2554 ได้รับการจัดสรรในอัตรา 242.92 บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 47.9966 ล้านคน ซึ่งต้องจัดบริการให้กับประชาชนคนไทยทุกคนทุกสิทธิ ในการจัดสรรเงินจึงคำนวณตามฐานข้อมูลประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นงบประมาณต่อประชากรไทยทุกคนสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป จึงเป็น 181.10 บาทต่อประชากร 64.38 ล้านคน โดยในปีงบประมาณ 2554 มีการบริหารจัดการงบเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National Priority Program and Central Procurement)
- งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)
- งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services)

**กรอบการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป ปีงบประมาณ 2554**




## 1.1 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (National Priority Program and Central Procurement )

1.1.1 แนวคิด

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะบริการที่มีความจำเป็นต้องดำเนินการในภาพรวม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการจัดการด้านต้นทุน การพัฒนาระบบการจัดการหรือบริการใหม่ๆ ที่ผ่านการศึกษาเรียบร้อยแล้ว หรือสนับสนุนนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ เป็นการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

1.1.2 วัตถุประสงค์

1) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์ หรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวัสดุต่างๆ เนื่องจากการจัดซื้อรวมระดับประเทศทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่เหมาะสม
2) เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและพื้นที่ต่างๆ

3) เพื่อการจัดบริการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ เพราะหากจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ อาจทำให้หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการได้

1.1.3. กรอบการบริหารงบประมาณ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณส่วนนี้ในอัตรา 14.52 บาท ต่อประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งการสนับสนุนงบประมาณออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. งบจัดซื้อหรือจัดจ้างรวมในระดับประเทศ (Central procurement) ในรายการดังต่อไปนี้
   1.1) จัดซื้อวัคซีน ตามรายการที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI program) ทั้งนี้งบประมาณครอบคลุมถึงกิจกรรมการบริหารการขนส่ง การเบิกจ่ายและกระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศผ่านระบบ VMI
   1.2) สนับสนุนกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จัดพิมพ์ เผยแพร่ กระจายสมุดบันทึกแม่และเด็ก สมุดบันทึกนักเรียน แก่หน่วยบริการทั่วประเทศ
2. งบสำหรับแผนงานหรือโครงการที่ดำเนินการในระดับประเทศ ตามกรอบแนวคิด “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ให้เป็นไปตามแนวทางที่หารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช.

1.1.4. แนวทางการสนับสนุน

สปสช. ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ หน่วยงาน หรือองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกำหนดรายละเอียดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน

1.1.5. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

สปสช.จะกำกับ ติดตามประเมินผลจากรายงานสรุปความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน ตามลักษณะเนื้อหารวมทั้งตัวชี้วัดของแผนงาน /โครงการ ต่างๆ ซึ่งได้ตกลงร่วมกัน

## 1.2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) เป็นงบที่จัดสรรให้หน่วยบริการ สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ ในอัตรา 108.17 บาทต่อประชากรไทยทุกคน เพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล มุ่งเน้นการเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการที่ประชาชนจะได้รับ ทั้งนี้หน่วยบริการ สถานพยาบาล หน่วยงานอื่นๆ สามารถดำเนินการได้ทั้งในที่ตั้งสถานพยาบาลและหรือจัดบริการเชิงรุกออกไปดำเนินการในชุมชน

1.2.1 ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. ได้แบ่งเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ เป็น 2 แบบดังต่อไปนี้

1) จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

1.1 ) แนวคิด

การจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวได้รับงบประมาณในอัตรา 79.48 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ สปสช.จัดสรรตามจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หักเงินเดือนก่อนการจัดสรร) โดยปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด (Differential P&P expressed demand service รายเขตพื้นที่/จังหวัด ภาคผนวก 1) แก่หน่วยบริการประจำเพื่อชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามชุดสิทธิประโยชน์ (ยกเว้นบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันโรค) โดยสังเขปดังต่อไปนี้

- การฝากครรภ์
- การตรวจเยี่ยมหลังคลอด
- การให้ภูมิคุ้มกันโรคในทุกช่วงอายุ
- การดูแลสุขภาพและพัฒนาการตามวัยเด็ก
- บริการวางแผนครอบครัว
- บริการอนามัยโรงเรียน
- บริการตรวจคัดกรองและการปรับเปลี่ยน
- บริการให้สุขศึกษา ความรู้ คำแนะนำพฤติกรรมทุกกลุ่มวัย

- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคด้านสุขภาพจิต

1.2 ) ขอบเขตการรับบริการ

ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้น ได้ที่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายที่ตนเองลงทะเบียน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากไปเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ยกเว้น กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ หน่วยบริการสามารถส่งต่อไปให้หน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกันเท่านั้น ทั้งนี้หน่วยบริการที่ส่งต่อต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามที่คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (อปสจ.) เป็นผู้กำหนด

2). จัดสรรตามรายการที่เน้นหนัก (Itemized)

2.1 ) แนวคิด การจัดสรรตามรายการที่เน้นหนัก มุ่งให้เกิด

2.1.1) การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม

2.1.2) คุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.1.3) ประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2554 งบตามรายการที่เน้นหนักได้รับจัดสรรในอัตรา 28.69 บาทต่อประชากรไทยทั้งประเทศ สปสช.จะจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ สถานพยาบาลของประกันสังคมและหน่วยบริการอื่นที่สมัครใจเข้าร่วมบริการเพื่อให้บริการกิจกรรม 9 รายการ ดังนี้

(1) การฝากครรภ์

(2) การตรวจเยี่ยมหลังคลอด

(3) การบริการวางแผนครอบครัว

(4) การบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

(5) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ในทารกแรกเกิด

(6) การตรวจคัดกรองความเสี่ยง

(7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง

(8) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(9) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค คือ มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง

2.2 ) ขอบเขตการรับบริการ /กลุ่มเป้าหมาย

2.2.1) การฝากครรภ์

(1) สำหรับหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกสิทธิ ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก และพบแพทย์ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล

(2) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม ที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน และไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้ที่หน่วยบริการและสถานพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ผู้มีสิทธิต้องเข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยบริการ /สถานพยาบาลประกันสังคมที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงาน

2.2.2) การตรวจเยี่ยมหลังคลอด เป็นการให้บริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตร ภายใน 6 สัปดาห์ สำหรับหญิงที่คลอดบุตรเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน

2.2.3) การบริการวางแผนครอบครัว สำหรับหญิงประกันตนสิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการทุกคน (ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์) สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว ในส่วนของบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและบริการใส่ห่วงอนามัย (ยกเว้นการทำหมันเพราะได้รับความคุ้มครองตามสิทธิแล้ว) ผู้มี

สิทธิสามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการและสถานพยาบาล

2.2.4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน สำหรับเด็กอายุ 0 -5 ปี เด็กวัยเรียน และหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ จะได้รับบริการวัคซีนทุกชนิดวัคซีน ตามตารางแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน (EPI) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.2.5) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ในทารกแรกเกิด เป็นบริการสำหรับทารกแรกเกิดทุกราย ทุกสิทธิ ให้ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) เพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน และการตรวจยืนยัน ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ

2.2.6) การตรวจคัดกรองความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองความเสี่ยงมีการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ตรวจคัดกรองความเสี่ยง ด้วยการสัมภาษณ์และตรวจประเมินเบื้องต้น ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ด้วยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเส้นรอบพุงและการตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว รวมทั้ง ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การบริโภค การขับขี่ยานพาหนะ การอนามัยเจริญพันธุ์ โดยใช้แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยง หรือ แบบคัดกรองความเสี่ยงในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือด

สมอง และโรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) การดำเนินการเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงนี้ควรกระตุ้นให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการ หรือพิจารณาใช้งบประมาณจากงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ (P&P Area based) ข้อมูลการจัดบริการให้จัดเก็บไว้ในฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพื่อใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่

(2) ตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง สำหรับประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกสิทธิ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และอ้วนลงพุง ซึ่งผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ ด้วยการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดไว้ในข้อที่ 8 ของแบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยง การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดต้องเป็นการตรวจประเมินด้วยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (พลาสมา) Fasting Plasma Glucose หรือ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร (Postprandial Blood Sugar) ภายหลังตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงแล้ว ให้บันทึกเฉพาะข้อมูลผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แบบคัดกรอง ข้อ 8) ทุกราย ผ่านโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง (PPIS) การตรวจยืนยันความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องตรวจตาม criteria ที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรค หรือกำลังบำบัดรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว

ข้อมูลผลการบริการให้จัดเก็บไว้ในฐานข้อมูลหน่วยบริการเพื่อใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ และส่งข้อมูลตามรายการที่กำหนดไว้ดังตารางแนบท้าย ผ่านโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง (PPIS)

ในกรณีที่พบว่าผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre DM) และความเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ควรได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำปีละ 1 ครั้ง และจัดเก็บข้อมูลเป็นทะเบียนไว้ในหน่วยบริการเพื่อใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ ส่วนผู้ที่พบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และหรือความดันโลหิตสูงให้ส่งเข้ารับบริการเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

2.2.7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่มีความเสี่ยง ในปี 2554 ดำเนินการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre DM) และความเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) โดยมุ่งเน้นกลุ่ม Pre DM (ค่า FBS ระหว่าง 100 -125 mg/dl หรือ Postpandial blood glucose ระหว่าง 140-199 mg/dl) หรือ Pre HT (ค่า Systolic BP ระหว่าง 120-139 mmHg หรือ Diastolic BP ระหว่าง 80-89 mmHg) ครอบคลุมทุกสิทธิ

2.2.8) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม (ยกเว้นสิทธิสวัสดิการข้าราชการซึ่งได้รับสิทธิแล้ว) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (เฉพาะผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองฯ ในปีที่ผ่านมา) ดังนี้

(1) ด้วยวิธี Pap smear สำหรับผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี /หรือ

(2) ด้วยวิธี VIA สำหรับผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี

เฉพาะพื้นที่ที่มีบุคลากรผ่านการอบรมการคัดกรองด้วยวิธี VIA และการจี้ด้วยความเย็น (Cryotherapy) จากกรมอนามัย

2.2.9) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างใดอย่างหนึ่ง (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า โดยการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (ภายหลังการประเมินด้วย 2 คำถาม หรือ 15 คำถาม ให้ผลบวก), ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (ภายหลังประเมินด้วย 9 คำถามแล้วคะแนน >= 7) พร้อมกับให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จากนั้นให้ส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่มีบุคลากรผ่านการอบรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโดยกรมสุขภาพจิต และติดตามประเมินผล (Follow up) อย่างต่อเนื่องทุกเดือนอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม

1.2.2 แนวทางการจัดสรร และจัดโอน

สปสช. กำหนดแนวทางการจัดสรร/จัดโอนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด ดังนี้

1) การจัดสรรให้ทราบวงเงินงบบริการที่จะได้รับทั้งหมดล่วงหน้า ได้แก่

1.1) งบเหมาจ่ายรายหัว จัดสรรตามจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด สำหรับหน่วยบริการประจำที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์กรณีหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะหักเงินเดือนก่อนการจัดสรร กรณีหน่วยบริการภาคเอกชนจะได้รับการจัดสรรเต็มจำนวน

1.2) งบตามรายการที่เน้นหนัก ทั้ง 9 รายการจัดสรรให้แก่ หน่วยบริการ / สถานพยาบาล /หน่วยงานอื่นๆ ซึ่งจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นการจ่ายตามผลงานและเป้าหมายที่กำหนดเหมือนปี 2553 สปสช.จะคำนวณวงเงินที่คาดว่าจังหวัดจะได้รับจัดสรรตามข้อมูลผลงานปี 2553 และจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่จะกำหนดให้ทั้งจังหวัดดำเนินการในปี 2554

2) การโอนงบประมาณ

2.1) งบเหมาจ่ายรายหัว

(1) กรณีหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สปสช. จะจัดโอนไปพร้อมงบบริการผู้ป่วยนอก

(2) กรณีหน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการภาคเอกชน จะจัดโอนงบตามสัดส่วนและงวดการจัดโอน งวดที่ 1 จำนวน 25%ภายใน ตุลาคม 2553 งวดถัดไปจัดสรรตามจำนวนประชากรจริงรายเดือน

2.2) งบตามรายการที่เน้นหนัก (Itemized) (ยกเว้นบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (ในส่วนค่าบริการตรวจ) สปสช.จะจัดโอนตรงแก่หน่วยบริการประจำ (ยกเว้นหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานอื่นๆ จัดโอนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทั้งนี้แบ่งการจัดโอนเป็น 2 งวด คือ

- งวดที่ 1 ร้อยละ 70 ของวงเงินที่ประมาณการณ์ว่าจะได้รับในรายการ ฝากครรภ์ บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (ในส่วนค่าจัดส่งของหน่วยบริการ) การคัดกรองความเสี่ยง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

- งวดที่ 2 จัดสรรเพิ่มเติมให้หากผลงานในภาพรวมทั้งจังหวัดของทุกหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/หน่วยงานอื่นๆ ซึ่งดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554 มากกว่าร้อยละ 70 ของผลงานและเป้าหมายที่ต้องดำเนินการ

2.3) กรณีรายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สปสช.จะจัดโอนให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 100% ของวงเงินตามที่ระบุไว้ในโครงการ ซึ่งผ่านการอนุมัติแล้วจาก สปสช. เขต

2.4) กรณีรายการตรวจภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ค่าตรวจคัดกรองของหน่วยบริการ สปสช.จะจัดโอนให้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แทนหน่วยบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการทุกแห่งสามารถส่งตรวจภาวะพร่องธัยรอยด์ในเด็กทารกแรกเกิดที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรณีตรวจยืนยันความผิดปกติจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงาน ระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554 โดยจัดสรรครั้งเดียว เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

3) ภายหลังให้บริการแล้วให้หน่วยบริการ /สถานพยาบาล /หน่วยงานอื่นๆ บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบริการของหน่วยบริการเอง และส่งข้อมูลการบริการ ผ่านชุดมาตรฐาน 18 แฟ้ม (OP-PP individual record) และโปรแกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตามรายการที่ระบุในตารางที่.4 ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าว สปสช.จะใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งสำหรับประกอบการพิจารณาในปีถัดไป

4) สำหรับ สปสช. เขตนำร่อง (เขต 9-นครราชสีมา เขต 13-กรุงเทพมหานคร) สามารถกำหนดแนวทางการจัดสรรที่แตกต่างได้ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไข

4.1) ไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2) แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4.3) มีการรายงาน ข้อมูล ผลการดำเนินงานตามที่ สปสช.กำหนด

1.2.3 การกำกับติดตามประเมินผล

1) ด้านงบประมาณ โดย อปสข. และ อปสจ. กำกับ ติดตาม ประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ครอบคลุมกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์

2) ด้านผลการดำเนินงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจากระบบข้อมูลรายงาน ตามชุดมาตรฐาน 18 แฟ้ม (OP-PP individual record) โปรแกรม E-claim โปรแกรม PPIS โปรแกรม Cervical screening โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และโปรแกรมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ให้บรรลุตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผลด้วยระบบรายงาน และระบบการสำรวจข้อมูลในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** สรุปข้อมูล/รายการที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลต้องรายงานภายหลังการให้บริการ ปี 2554

| รายการกิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ราคา (บาท) | แหล่งข้อมูล | รายการข้อมูลประกอบการรายงาน |
|---|---|---|---|---|
| 1. ANC<br>1.1) ANC ครั้งแรก อายุครรภ์ <= 12 wk. | หญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ | • 500 บาท/คน | -โปรแกรมE claim (รพ.)<br>- ชุดข้อมูลมาตรฐาน18 แฟ้ม (สอ.) | 1) รหัสหน่วยบริการ<br>2) เลขประจำตัวประชาชน<br>3) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ<br>4) อายุครรภ์ |
| 1.2) ANC | เฉพาะสิทธิประกันสังคม (ส่งเงินไม่ครบ 7 เดือน) | • ANC ครั้งแรก รายละ ไม่เกิน1,200 บาท<br>• ANC ครั้งต่อไป รายละไม่เกิน400 บาท | - โปรแกรม E claim (รพ.)<br>- ชุดข้อมูลมาตรฐาน18 แฟ้ม (สอ.) | 1) เลขรหัสหน่วยบริการ<br>2) เลขประจำตัวประชาชน<br>3) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ<br>4) วัน เดือน ปีของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) |
| 2. บริการการตรวจเยี่ยมหลังคลอด (PNC) | สิทธิ UC สิทธิประกันสังคม ( SSS ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ) | • รายละไม่เกิน 150 บาท (ไม่รวมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) | -โปรแกรมE claim (รพ.)<br>- ชุดข้อมูลมาตรฐาน18 แฟ้ม (สอ.) | 1) เลขรหัสหน่วยบริการ<br>2) เลขประจำตัวประชาชน<br>3) วัน/เดือน/ปี ที่คลอดบุตร<br>4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ |
| 3. บริการวางแผนครอบครัว | เฉพาะสิทธิสวัสดิการข้าราชการฯ และสิทธิประกันสังคม | ยาเม็ด = 40 บาท,<br>ยาฉีด = 60 บาท,<br>ห่วง = 500 บาท<br>ยาฝัง = 2,200 บาท<br>(ต่อคนต่อครั้ง) | - โปรแกรม E claim (รพ.)<br>- ชุดข้อมูลมาตรฐาน18 แฟ้ม (สอ.) | 1) เลขรหัสหน่วยบริการ<br>2) เลขประจำตัวประชาชน<br>3) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ<br>4) รหัสวิธีการคุมกำเนิด |

| รายการกิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ราคา (บาท) | แหล่งข้อมูล | รายการข้อมูลประกอบการรายงาน |
|---|---|---|---|---|
| 4. บริการวัคซีน EPI | ประชาชนทุกสิทธิ | 10 บาท/ครั้ง (ยกเว้น OPV) | -ชุดข้อมูลมาตรฐาน18 แฟ้ม (รพ.และ สอ.) | 1) รหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล<br>2) เลขประจำตัวประชาชน<br>3) วัน เดือน ปี ที่รับบริการฉีดวัคซีน<br>4) รหัสวัคซีน (รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) |
| 5. การตรวจ TSH | เด็กทุกสิทธิ | - การตรวจคัดกรองครั้งแรก<br>- จัดสรรแก่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่เกิน 124 บาทต่อ/คน<br>- จัดสรรแก่หน่วยบริการ (VC) 16 บาท/ราย<br>- การตรวจยืนยัน 250 บาท/คน (โดยตรวจจากซีรั่ม) | ตามแบบรายงานของ สปสช. | 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล<br>2) เลขประจำตัวประชาชนมารดา<br>3) เลขประจำตัวประชาชนทารก (ถ้ามี)<br>4) วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดตรวจ<br>5) วัน / เดือน ปี เกิดของทารก<br>6) ประเภทการตรวจ (คัดกรอง หรือ ตรวจยืนยัน )<br>7) ผลการตรวจ ( ปกติ / ผิดปกติ) |

| รายการกิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ราคา (บาท) | แหล่งข้อมูล | รายการข้อมูลประกอบการรายงาน |
|---|---|---|---|---|
| 6. การตรวจยืนยันความเสี่ยง | ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง อ้วน ลงพุง ทุกสิทธิ | 50 บาท/ราย | โปรแกรม PPIS | 1. เลขประจำตัวประชาชน<br>2. วัน เดือนปี ที่คัดกรอง<br>3. ผลการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกการคัดกรองข้อที่8 ตามภาคผนวก..... |
| 7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง | ประชาชน อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และอ้วนลงพุง ทุกสิทธิ | ไม่เกิน 2000 บาท/ราย ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมและการพิจารณาของจังหวัด | แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน | ข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัด ตามแบบรายงานที่ สปสช.กำหนด |
| 8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | หญิงไทยอายุ 30-60 ปี สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกัน สังคม (เฉพาะผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองฯ ในปีที่ผ่านมา) | - Pap smear 250 บาท/ราย<br>- VIA 70 บาท/ราย<br>- การจี้ด้วยความเย็น 160 บาท/ราย | โปรแกรม Cervical screening | หน่วยบริการที่มีการให้บริการต้องมีการรายงานข้อมูล ดังนี้<br>1. รหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล (Hcode) 2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล<br>3. เลขประจำตัวประชาชน<br>4. วัน เดือนปีที่รับบริการ<br>5. ผลการตรวจคัดกรอง (ทั้ง Pap smear หรือ VIA) |

| รายการกิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ราคา (บาท) | แหล่งข้อมูล | รายการข้อมูลประกอบการรายงาน |
|---|---|---|---|---|
| 9. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง | ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (อย่างใดอย่างหนึ่ง) (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมองและไตวายเรื้อรัง) | 300 บาท/ราย/ปี (เฉพาะรายที่มีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 7)<br>- ประเมินครั้งแรก 200 บาท/ราย<br>- ติดตาม (Follow up) 100 บาท/ราย | โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด | - หน่วยบริการที่มีการให้บริการต้องมีการรายงานข้อมูลดังนี้<br>1. รหัสหน่วยบริการ (Hcode)<br>2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล<br>3. รหัส ICD-10 โรคเรื้อรัง<br>4. เลขประจำตัวประชาชน<br>5. วันเดือนปีที่รับบริการตรวจประเมิน<br>6. ผลการประเมินฯ ด้วย 9 คำถาม และ 8 คำถาม (ในการประเมินครั้งแรก) , ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม ในการติดตามต่อเนื่องทุกเดือนอย่างน้อย 2 ครั้ง (ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิต) |

## 1.3 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area-based services)

1.3.1 แนวคิด

ปีงบประมาณ 2554 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้จัดสรรเงินในอัตรา 58.41 บาท/ประชากร (ไม่หักเงินเดือน) เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ และแยกการจัดสรรงบสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอัตรา 40 บาท/ประชากร โดยมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 และส่งเสริมให้พื้นที่ค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการงบประมาณส่วนนี้ ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบ PP area-based service โดย อปสข. และความร่วมมือการบริหารงบประมาณให้ดำเนินการร่วมกัน ระหว่าง สปสช.เขต กับเขตตรวจราชการสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับเขต โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน อย่างครบถ้วน

1.3.2) วัตถุประสงค์

1) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหา ของจังหวัด หรือเขตพื้นที่
2) เพื่อสนับสนุนและจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3) เพื่อส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้หน่วยบริการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง
4) เพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด

1.3.3 แนวทางการบริหาร

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่

1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1.1) กิจกรรมเน้นหนัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552 รวมถึง รูปแบบ วิธีการ และแนวทางการดำเนินงานที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้ ขอให้มีการจัดกิจกรรมเน้นหนัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

1.1.1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงในชุมชน การจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น การจัดบริการในชุมชน งานอนามัยโรงเรียน รวมถึงงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

1.1.2) ส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศ / กำหนด

1.1.3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

1.2) กรอบระยะเวลา/ขั้นตอนการดำเนินงานและเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการปี 2554 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

| ลำดับ | ขั้นตอนการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบหลัก | ระยะเวลา | เอกสาร |
|---|---|---|---|---|
| 1 | - สปสช. เขต 1-12 และสปสช. สาขาจังหวัด ประชาสัมพันธ์และเปิดรับสมัครพื้นที่ที่พร้อมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี พ.ศ. 2554 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่งใบแสดงความจำนงเข้าร่วมกองทุนฯ มาที่ สปสช. สาขาจังหวัด หรือตามที่สปสช. เขต 1-12 กำหนด | สปสช. เขต สาขาจังหวัด | มิถุนายน - สิงหาคม 2553 | |
| 2 | - สปสช. เขต 1-12 และ สปสช. สาขาจังหวัด นำเสนอ อปสข./อปสจ. เห็นชอบพื้นที่ที่เข้าร่วมปี พ.ศ. 2554 และให้สปสช. สาขาจังหวัดจัดปรับจำนวนประชากรในจังหวัดเฉพาะจังหวัดที่ยังมิได้ดำเนินการทุกพื้นที่ในจังหวัดร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการและแจ้งให้สปสช. เขต 1-12 ดำเนินการต่อ | สปสช. เขต สำนักภาคีฯ | สิงหาคม - กันยายน 2553 | แบบฟอร์ม |
| 3 | - สปสช. เขต 1-12 จัดทำบันทึกข้อตกลง (เฉพาะกองทุนที่สมัครเข้ามาใหม่) และแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พร้อมแจ้งรายชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ที่เข้าร่วมดำเนินงานพร้อมข้อมูลที่จำเป็นส่งให้สปสช. ส่วนกลางพิจารณาประกอบการโอนเงิน | สปสช. เขต สำนักภาคีฯ | กันยายน - พฤศจิกายน 2553 | |

| ลำดับ | ขั้นตอนการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบหลัก | ระยะเวลา | เอกสาร |
|---|---|---|---|---|
| 4. | - สปสช. ส่วนกลางตรวจสอบความถูกต้องก่อนโอนเงินให้แต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถโอนเงินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เห็นควรให้สปสช. เขต 1-12 แยกการเบิกจ่ายเงินสำหรับพื้นที่เก่า (ไม่ต้องทำข้อตกลง) ที่ขอดำเนินการต่อปี พ.ศ. 2554 โดยขอให้จัดส่งเอกสารเบิกจ่ายและโอนเงินเข้าบัญชีกองทุนให้เสร็จสิ้นภายในเดือนตุลาคม 2553 (พื้นที่เก่า) สำหรับพื้นที่สมัครใหม่ให้เสร็จสิ้นภายในธันวาคม 2553 | สปสช. เขต สำนักภาคีฯ | ตุลาคม - ธันวาคม 2553 | |
| 5. | - สปสช. เขต 1-12 และสปสช. สาขาจังหวัด ติดตามสนับสนุนให้ทุกพื้นที่มีการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหารฯ จัดทำแผนสุขภาพชุมชนและมีกิจกรรมดำเนินงานตามวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดทำรายงานการดำเนินงานรายไตรมาสและประจำปีควบคู่กับการค้นหานวัตกรรมจากพื้นที่ | สปสช.เขต สาขาจังหวัด | มกราคม-กันยายน 2554 | |

1.3 ) หลักเกณฑ์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ที่สนใจเข้าร่วมจัดตั้งกองทุนต้องมีคุณสมบัติในการพิจารณา ให้เข้าร่วมจัดตั้งกองทุน ดังต่อไปนี้

1.3.1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรื อนายกเทศมนตรี เห็นชอบและประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยส่งหนังสือแสดงความจำนงตามที่ สปสช. กำหนด กรณีที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ให้

ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนหรือผู้รักษาการแทน เป็นผู้ลงนามในแบบแสดงความจำนง

1.3.2) มีความพร้อมในการสมทบงบประมาณในปีที่สมัครจัดตั้งกองทุน

1.3.3) มีความพร้อมในการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่แบบมีส่วนร่วม

1.3.4) มีข้อมูลสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

1.3.5) ประธานกรรมการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเลขานุการเข้ารับการอบรมเตรียมความพร้อม

1.4 ) หลักเกณฑ์การพิจารณากเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน (พื้นที่เก่า) ต่อเนื่อง

ในการดำเนินงาน หาก สปสช. หรือองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ไม่ได้บอกเลิกข้อตกลง ให้ขยายระยะเวลาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ออกไปทุกๆ หนึ่งปีงบประมาณ สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดตั้งและดำเนินงานต่อเนื่อง ทุกปี สปสช.จะมีการประเมิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง ดังนี้

1.4.1) มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงินผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบออนไลน์ htttp://tobt.nhso.go.th/ ครบทุกรายการและเป็นปัจจุบัน

1.4.2) ภายในปีงบประมาณที่ผ่านมา ต้องมีการสมทบงบประมาณได้ตามเกณฑ์

1.4.3) มีแผนงาน/โครงการรองรับกิจกรรมครบตามประเภทที่กำหนด

1.4.4) มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินที่ สปสช. กำหนดในแต่ละปี

1.5) ผลลัพธ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต้อง

5.1) มีการประชุมประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

5.2) มีการทำรายงานการเงินผ่านโปรแกรมกองทุน ทุกไตรมาสและประจำปี

5.3) มีการทำข้อมูลและแผนสุขภาพชุมชน / หมู่บ้าน

5.4) มีการสมทบงบประมาณของท้องถิ่น ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่และชุมชน

2.1 ) แนวคิด

เพื่อให้การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่และชุมชน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ จึงให้ อปสข. กำหนดกรอบ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงการประเมินผลงาน ทั้งนี้โดยให้มีการดำเนินการร่วมกันระหว่าง สปสช.เขต กับเขตตรวจราชการสาธารณสุข หน่วยงานวิชาการ ในรูปแบบคณะกรรมการระดับเขต สำหรับระดับจังหวัดให้ อปสจ. มีบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบต่องบประมาณผลผลิตและผลลัพธ์ ของการจัดบริการงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชนในจังหวัด รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

2.2 ) ขอบเขตกิจกรรมดำเนินการ

2.2.1) ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยพิจารณาจากลำดับปัญหาสำคัญของพื้นที่ ภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ทั้งนี้โดยให้มีการกำหนด เป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์/นโยบาย การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.2.2) ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการให้จัดบริการเชิงรุก เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะในส่วนที่ได้รับการจัดสรรงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

2.2.3) สนับสนุน แก้ไขปัญหา ให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือนโยบาย งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.2.4) การกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.2.5) สำหรับการจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กำหนดวงเงินไม่เกิน 10% ของงบประมาณที่หน่วยงานได้รับ และต้องเสนอคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายการดังกล่าว

2.2.6) สำหรับกิจกรรมที่ห้ามดำเนินการ ได้แก่ การศึกษาดูงานและการจัดซื้อ/จัดหาที่ดินสิ่งก่อสร้าง ยกเว้นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552

2.3) ขั้นตอนและแนวทางการจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรเงินกองทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ ปี 2554 แบ่งการจัดสรรเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** จัดสรรระดับเขต (Global budget) เพื่อจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กร ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แยกเป็น

(1) จัดสรรอัตรา 40 บาท/ประชากร สำหรับพื้นที่ที่มีการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(2) จัดสรรอัตรา 18.41 บาท/ประชากรสำหรับทุกพื้นที่

**ขั้นตอนที่ 2** จัดสรรงบกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนที่เหลือจากการจัดสรรเพื่อการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ (1) ให้แก่ สปสช.เขต หรือสปสช.สาขาจังหวัด และหน่วยบริการ หรือ ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดทั้งนี้ บกองทุนในส่วนนี้ควรมีการบูรณาการและต่อยอดการดำเนินงานเพื่อลดการใช้จ่ายงบประมาณที่อาจเกิดการซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่

2.4 ) กรอบระยะเวลาขั้นตอนการดำเนินงาน

| ลำดับ | ขั้นตอนการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบหลัก | ระยะเวลา | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| 1 | สปสช. แจ้งกรอบวงเงินและจำนวนประชากรทุกสิทธิรวมระดับจังหวัด (Global) และประชากรรายตำบล ให้ สปสช.เขต ทราบ | กองทุนส่งเสริมฯ | กย. 53 | |
| 2 | สปสช.เขต จัดทำกรอบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรร | สปสช.เขต/ อปสข./กองทุนส่งเสริมฯ | ก.ย. 53 | |
| 3 | สปสช.เขต เสนอกรอบหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการจัดสรร ให้ อปสข. พิจารณาเห็นชอบ และอาจจะแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อกำกับดูแลผู้กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน | สป.สช. เขต/ อปสข. | ต.ค. 53 | |
| 4 | สปสช.เขต ประสานงานกับ สปสช. สาขาจังหวัด ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งทำความตกลง เรื่องผลลัพธ์ ผลผลิตของการดำเนินงาน | สปสช. เขต/ สปสช. สาขาจังหวัด | กย. – ตค. 53 | |

| ลำดับ | ขั้นตอนการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบหลัก | ระยะเวลา | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 5.1 สปสช.สาขาจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกและแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและอำเภอ<br>5.2 คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับเขตพิจารณาแผนงานโครงการนำร่อง หรือพัฒนารูปแบบการทำงานระดับเขต | 5.1 สปสช.สาขาจังหวัด<br>5.2 สปสช.เขต | กย. – ตค. 53 | |
| 6 | สปสช.เขต จัดส่ง รูปแบบ วิธีการจัดสรรเงิน ซึ่งอปสข. เห็นชอบแล้ว ให้ สปสช. ทราบ รวมถึงแผนการจัดสรรงบประมาณ เป็นรายไตรมาส | สปสช.เขต | พย. 53 | |
| 7 | สปสช. เขต พิจารณาเบิกจ่ายเงินตามเงื่อนไข วิธี การ ที่กำหนด เช่น สัญญา ข้อตกลง การแสดงความจำนง | สปสช. เขต /หน่วยงานผู้ดำเนินการ | ตค. 53 – กย. 54 | |
| 8 | สปสช.เขต วิเคราะห์รวบรวมและสรุปผลการดำเนินงาน (รายไตรมาส) ผลลัพธ์ ผลผลิต ของการดำเนินงานส่งให้ สปสช. | สปสช.เขต | รายไตรมาส ทุกวันที่ 25 ของ เดือน ม.ค., เม.ย., กค และ พย. | |

**หมายเหตุ** กรอบระยะเวลาขั้นตอนการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาต เขต 13-กรุงเทพปริมณฑล. ให้เป็นไป ตามแนวทางที่อปสข. เขต 13 - กรุงเทพมหานคร กำหนด

## 1.4 บทบาทของหน่วยงานสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.4.1 หน่วยบริการ

1) ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการจัดบริการ และส่งข้อมูลตามระบบรายงานและโปรแกรมที่กำหนด

2) จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้เข้ารับบริการ เพื่อให้สามารถติดตามได้ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3) กรณีตรวจคัดกรองพบความผิดปกติหรือป่วยเป็นโรคให้ส่งต่อเพื่อการรักษา

4) รวบรวมข้อมูล/จัดทำเป้าหมายการดำเนินงาน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่และชุมชนโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอและตำบล

5) ประสาน ติดตามและรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบ วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน พร้อมจัดส่งให้ สปสช. สาขาจังหวัด เป็นรายเดือนตามรูปแบบวิธีการที่ สปสช.สาขาจังหวัด กำหนด

1.4.2. สปสช. สาขาจังหวัด

1) เป็นหน่วยงานด้านการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด

2) มีอำนาจในการปรับเกลี่ยเป้าหมาย และงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในจังหวัด

3) บูรณาการ จัดทำแผนปฏิบัติการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

4) พัฒนาระบบ กลไก การบริหารจัดการ ได้แก่

4.1) มีคณะกรรมการฯหรือคณะทำงานฯหรือผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจนในระดับจังหวัด

4.2) มีการพัฒนาระบบข้อมูล รายงานเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

4.3) มีการพัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ผลการใช้จ่ายงบประมาณภายในจังหวัด

5) มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลงาน เพื่อใช้ประโยชน์ด้านการจัดทำแผนเชิงบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด

6) บริหารจัดการกำลังคน

6.1) การจัดและกระจายกำลังคนให้เหมาะสม

6.2) การพัฒนาศักยภาพกำลังคนอย่างเหมาะสม

1.4.3. สปสช.เขต

1) ชี้แจง ทำความเข้าใจหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้ง ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการและหน่วยงานในพื้นที่

2) บริหารจัดการงบประมาณ ให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในรูปแบบคณะกรรมการ

3) ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

5) กำกับ ติดตามและสนับสนุนให้ สปสช.สาขาจังหวัด กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ รวมถึงหน่วยบริการ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาระบบและกลไกการกำกับติดตามประเมินผลให้เข้มแข็ง โดยให้ระดับจังหวัดกำกับดูแลหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล และหน่วยบริการอื่นๆ ในจังหวัด ระดับเขตกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานของจังหวัด และระดับส่วนกลาง โดย สปสช.และกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ติดตามประเมินผล การดำเนินงานระดับเขตและภาพรวมประเทศ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือ

## 2. การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

2.1 วัตถุประสงค์เพื่อ

1) ลดการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และการตายเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ โดยการให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยง

2) ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3) ลดโอกาสการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก ที่อาจทำให้การแพร่กระจายในมนุษย์ได้ง่ายขึ้น

2.2 ขอบเขตการรับบริการ /เป้าหมาย

ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดและโรคเบาหวาน และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ทุกราย รวมเป้าหมายทั้งประเทศประมาณ 2.6 ล้านคน

2.3 กรอบการบริหารงบประมาณ

จัดสรรงบในอัตรา 9.66 บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 47.9966 ล้านคน เพื่อใช้สำหรับการจัดซื้อวัคซีนรวมระดับประเทศ กระจายการเบิกจ่ายวัคซีนแก่หน่วยบริการ โดยผ่านระบบ VMI องค์การเภสัชกรรม และจัดสรรค่าบริหารจัดการแก่หน่วยงานที่ดำเนินงาน ค่าดำเนินการให้แก่หน่วยบริการตามผลงาน ทั้งนี้รายละเอียด แนวทางการจัดสรรให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปี 2554 ที่ สปสช.จะกำหนดรายละเอียดต่อไป

2.4 รายชื่อผู้รับผิดชอบงานของ สปสช.ส่วนกลาง

| | |
|---|---|
| ผู้จัดการกองทุนอาวุโส | นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน<br>โทรศัพท์ 0-2141-5066, 0-8475-1161-9<br>E-mail address : Grit.l@nhso.go.th |
| ผู้รับผิดชอบ | |
| 1) ระบบข้อมูลรายงานและการเบิกจ่ายงบประมาณ งานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค | นางอัจฉรา จรัสสิงห์<br>โทรศัพท์ 02 141 4208<br>E-mail address : achara.c@nhso.co.th |

| | |
|---|---|
| | นางกาญจนา ศรีชมภู<br>โทรศัพท์ 0 2141 4205<br>E-mail address : karnchana.s@nhso.go.th |
| ระบบข้อมูลรายงานและการเบิกจ่ายงบประมาณงานวัคซีนไข้หวัดใหญ่และงานทันตกรรม | นางสาวจารวี รัตนยศ<br>โทรศัพท์ 0 2141 4274<br>E-mail address :jarawee.r@nhso.go.th |
| 2) ออกแบบระบบบริการจัดการและกลไกการจ่ายเงิน | นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม<br>โทรศัพท์ 0 2141 4203<br>E-mail address : Kritsana.j@nhso.go.th |
| | นายวัลลภ คชบก<br>โทรศัพท์ 0 2141 4206<br>E-mail address : eallop.k@nhso.go.th |

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องที่หรือพื้นที่

| ชื่อ – นามสกุล | รับผิดชอบงาน | โทรศัพท์ /Email ติดต่อ |
|---|---|---|
| นางอรจิตต์ บำรุงสวัสดิ์ (ผู้จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่) | ออกแบบระบบ จัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ภาพรวม | สนง. 0-2141-5051<br>มือถือ 0-8475-1094-3<br>rajitt.b@nhso.go.th |
| นางกฤดาญชลี เพ็ญภาค | กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ | สนง. 0-2141-4213<br>มือถือ 0-8992-1133-0<br>kriddanchalee.p@nhso.go.th |

กรณีมีพบปัญหาการบันทึกผลงานในโปรแกรม ติดต่อผู้รับผิดชอบโปรแกรมบันทึกข้อมูล

| ชื่อ - นามสกุล | ดูแลโปรแกรมรายงาน | โทรศัพท์ /Email ติดต่อ |
|---|---|---|
| นางพรพิมล ศิริมัย | 1.PPIS คัดกรองความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)<br>2.โปรแกรมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ | IT Help desk 02-141-4200, 02-1414231-34 |
| นพ.ภัทรวินทร์ อัตตะสาระ<br><br>นางสมจิตร ประภากร | Cervical Screening Program | สนง. 0-2354-7025-29 ต่อ 2400<br>มือถือ 0-8193-5733-4<br>nciict@yahoo.com<br>สนง. 0-2354-7025-29 ต่อ 2602<br>มือถือ 0-81703-982-9<br>somjit_nci@hotmail.com |
| นางจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน<br><br>นายสมควร ประดา | โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด | สนง. 0-453-1255-0<br>มือถือ 081-877-5751<br>virgojinny@hotmail.com<br>สนง. 0-453-1255-0<br>มือถือ 084-837-2783 |

รายชื่อผู้รับผิดชอบงานของ สปสช.เขต

| รายชื่อ | สปสช.เขต | โทรศัพท์ /Email ติดต่อ |
|---|---|---|
| นายขจรศักดิ์ เกษมกิตติ์ธนากุล<br><br>นางกรกช พิมสาร | สปสช.เขต 1 เชียงใหม่ | สนง. 053-203-536-42<br>มือถือ 089-755-1630<br>kajohnsak.s@nhso.go.th<br>มือถือ 081-029-8329<br>korrakoch.p@nhso.go.th |
| นางอัญชลี ฟ้าอำนวยผล | สปสช.เขต 2พิษณุโลก | สนง. 055-245-111<br>มือถือ 085-053-9979<br>aunchalee.f@nhso.go.th |
| นางกัญพัชร์ บูรณางกูร | สปสช.เขต 3นครสวรรค์ | สนง. 056-371-831<br>มือถือ 089-959-0550<br>kanyapat.b@nhso.go.th |
| นายจักรินทร์ ฆ้องวงษ์ | สปสช.เขต 4สระบุรี | สนง. 036-213-205<br>มือถือ 0844390119<br>chackkarin.k@nhso.go.th |

| รายชื่อ | สปสช.เขต | โทรศัพท์ /Email ติดต่อ |
|---|---|---|
| นางชัชติกา แม้ประสาท | สปสช.เขต 5 ราชบุรี | สนง. 032-332-590<br>มือถือ 083-042-4379<br>chattika.m@nhso.go.th |
| นายสุรพล เอกวณิชสกุลพร | สปสช.เขต 6 ระยอง | สนง. 038-864-313<br>มือถือ 081-572-8890<br>urapol.a@nhso.go.th |
| นายงสาววนิดา วิระกุล | สปสช.เขต 7 ขอนแก่น | สนง. 043-365-200-3<br>มือถือ 085485961<br>wanida.w@mho.go.th |
| นางสาวอลิสา ศรีอรรคจันทร์ | สปสช.เขต 8 อุดรธานี | สนง. 042-325-681<br>มือถือ 081 9499955<br>alisa@nhso.go.th |
| นายวีระชัย ก้อนมณี | สปสช.เขต 9<br>นครราชสีมา | สนง. 044-248-870-4<br>มือถือ 089-949-1848<br>werachai.k@nhso.go.th |
| นางรวิวรรณ วันศรี | สปสช.เขต 10<br>อุบลราชธานี | สนง. 045-240-591<br>มือถือ 084-439-0144<br>Ravewan.v@nhso.g.th |
| นายชญานิน เอกสุวรรณ | สปสช.เขต 11<br>สุราษฎร์ธานี | สนง. 077-274-811<br>มือถือ 089-647-8969<br>chayanin.e@nhso.go.th |
| นายเจ๊ะอับดุลล่าห์ แดหวัน | สปสช.เขต 12 สงขลา | สนง. 074-233-888<br>มือถือ 089-87000678<br>cheabdullah.d@nhso.go.th |
| นางบุญส่ง ชีวเรืองโรจน์ | สปสช.เขต 13 กรุงเทพฯ | สนง. 02-962-2345<br>มือถือ 089-9696494<br>boonsong.c@nhso.go.th |

## 9. การบริหารจัดการค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรมรักษาในเด็ก และทันตกรรมประดิษฐ์

### 1. แนวคิด

ปัจจุบันประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนไทยอย่างทั่วถึง และสามารถควบคุมสถานการณ์การเกิดโรคในช่องปากได้ในระยะยาว สปสช.จึงแยกการจัดการบริการทันตกรรมไว้เป็นรายการเฉพาะ เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรมรักษาในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ และทันตกรรมประดิษฐ์แก่ผู้มีสิทธิ ให้สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อควบคุมสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาโดยบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาทางทันตกรรม (Comprehensive care)

2.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

2.3 เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้อย่างทั่วถึง เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.4 เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันแก่ประชาชนอย่างมีเป้าหมาย และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพได้อย่างแท้จริง

### 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. จัดสรรค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมรักษาในเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ในอัตรา 39.25 บาทต่อหัวประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หักเงินเดือนก่อนการจัดสรร) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.1 บริการทันตสุขภาพ แบ่งการบริหารจัดการเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 งบดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับประเทศ

ส่วนที่ 2 งบดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด

ส่วนที่ 3 งบดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักระดับหน่วยบริการประจำ

3.2 การบริการทันตกรรมประดิษฐ์

3.3 การสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

## 4. แนวทางสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

### 4.1 การบริการทันตสุขภาพ

4.1.1 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับประเทศ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อน ก่อกระแสสังคม ให้เกิดการผลักดันด้านนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนเชิงระบบในระดับมหภาค ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับประเทศร่วมกับ สสส.และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 จัดสรรงบประมาณในลักษณะCapitation with project-based ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด และพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการทันตสาธารสุขระดับสปสช.เขต เพื่อพิจารณาสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดตามยุทธศาสตร์ระดับประเทศและจังหวัด และสอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

4.1.3 จัดสรรงบประมาณในลักษณะ Capitation ให้กับหน่วยบริการประจำ (CUP) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

ทั้งนี้ สำหรับ สปสช.เขต 9-นครราชสีมา และสปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร ให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต พิจารณาปรับรายละเอียดการบริหารจัดการตามบริบทของพื้นที่ได้ ภายใต้กรอบการบริหารงบประมาณที่กำหนดข้างต้น

### 4.2 การดำเนินกิจกรรมทันตกรรมประดิษฐ์

จัดสรรตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สปสช.กำหนด

### 4.3 การสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการระดับพื้นที่ พัฒนาระบบบริการ พัฒนา

ศักยภาพและกระจายบุคลากรด้านทันตสุขภาพ และพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรม ทั้งนี้ รายละเอียดการดำเนินงานและการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตาม สปสช.กำหนด

## 5. การติดตามควบคุมกำกับ

สปสช.ระดับเขตเป็นผู้กำกับติดตามการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด

สปสช.เป็นผู้กำกับติดตามผลการดำเนินงานในระดับประเทศ

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

6.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน
ผู้จัดการอาวุโส
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
โทรศัพท์ 02-1415028 โทรสาร 02-1439746
Email address : grit.l@nhso.go.th

6.2 ผู้ประสานงาน

นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
โทรศัพท์ 02-1414203 โทรสาร 02-011439746
Email address : kritsana.j@nhso.go.th

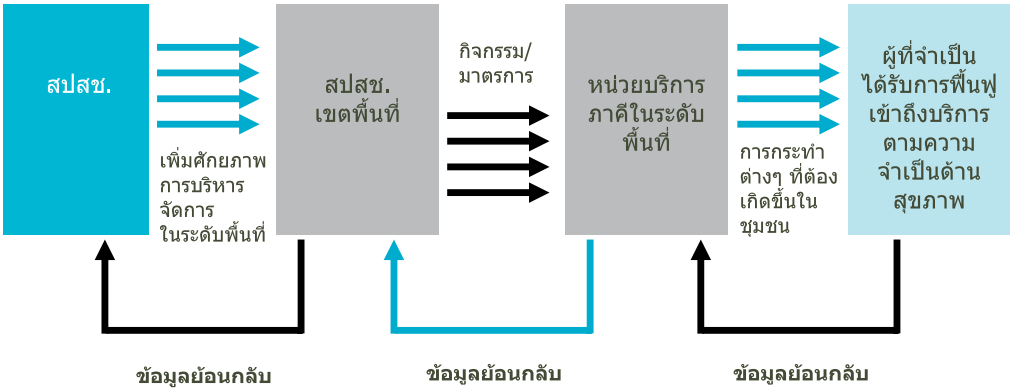
นางศศิธร ไชยสิทธิพร
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
โทรศัพท์ 02-1414190 โทรสาร 02-011439746
Email address : sasithon.c@nhso.go.th

# 10. การบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

## 1. กรอบแนวคิด

ตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ว่าเป็นกลุ่มประชากร ที่จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จึงได้จัดสรรงบเฉพาะสำหรับคนพิการ ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึง นับตั้งแต่ปี 2546-2552 และขยายขอบข่ายงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและกลุ่มประชากรที่จำเป็นได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันในปี 2553 ถึงปัจจุบัน

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าวโดยมุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้งในระบบบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีร่วมต่างๆ โดยหลักการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ไปยังส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ พร้อมด้วยแนวทางหรือมาตรการการจัดการ การส่งเสริมสนับสนุนจากส่วนกลาง เพื่อให้เกิดกิจกรรมและบริการที่คนพิการจำเป็นต้องได้รับ ภายใต้การปรับปรุงและพัฒนาระบบการทำงาน จากการประมวลข้อมูลสะท้อนกลับจากผลการดำเนินงานจริงในพื้นที่ ดังแสดงในภาพ



## 2. วัตถุประสงค์ เพื่อ

2.1 คนพิการได้รับอุปกรณ์ฯ เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

2.2 ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

2.3 หน่วยบริการ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ โดยการจัดหาอุปกรณ์ให้กับคนพิการและจัดบริการฟื้นฟูฯในหน่วยบริการและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 องค์กรคนพิการ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรวมกลุ่มเกิดความเข้มแข็ง สามารถร่วมมือ กับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการด้วยกันเอง

2.5 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้บริการฟื้นฟูฯ แก่คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกันในชุมชน

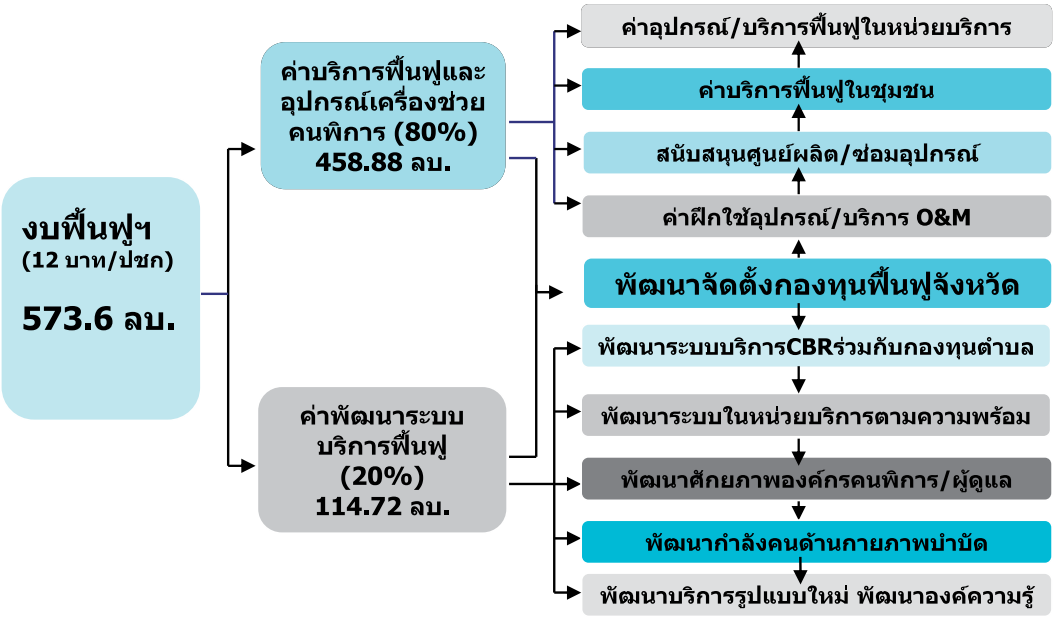
## 3. กลุ่มเป้าหมาย

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้ารับบริการ ภายใต้งบประมาณฟื้นฟูฯ ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มคนพิการ ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท.74)
- กลุ่มผู้ป่วย ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

## 4. กรอบการบริหารกองทุน

สปสช. มีนโยบายการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยมุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น หรือจังหวัด ในลักษณะของกองทุนร่วม (Matching Fund) ระดับจังหวัด เพื่อให้คนพิการและผู้ป่วยระยะฟื้นฟูในชุมชนได้รับบริการ การดูแลและช่วยเหลือครอบคลุมในทุกมิติ โดยกำหนดงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในอัตรา 12.00 บาท ต่อประชากร ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 47.8 ล้านคน วงเงิน 573.6 ล้านบาท ดังนี้




ทั้งนี้ โดยกำหนดสัดส่วนการบริหารกองทุน ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ร้อยละ 80** ของเงินกองทุนฟื้นฟูฯ ทั้งหมด เป็นเงินจำนวน 458.88 ล้านบาท เพื่อใช้ดำเนินงานด้านการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูฯ ของหน่วยบริการประกอบด้วย

1.1 สนับสนุนค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

1.2 สนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯสำหรับคนพิการ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

1.3 สนับสนุนการซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วย/อุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงเพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.4 สนับสนุนการฝึกใช้อุปกรณ์ไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอดตามแผนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการมองเห็น ด้านการฝึกทักษะการความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและการเคลื่อนไหว( O&M)สำหรับคนตาบอดและอุปกรณ์อื่นตามความจำเป็น

**ส่วนที่ 2 ร้อยละ 20** ของเงินกองทุนฟื้นฟูฯทั้งหมด เป็นเงินจำนวน 114.72 ล้านบาท เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการและการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ ประกอบด้วย

2.1 สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR /Community Base Rehabitation)

2.2 สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการตามความพร้อม/การขยายขอบข่ายงานบริการ/นวัตกรรมบริการฟื้นฟูฯ โดยเน้นความต่อเนื่องและพัฒนาต่อยอดจากฐานงานเดิม

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรด้านคนพิการ คนพิการผู้ดูแลคนพิการและอาสาสมัคร

2.4 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการด้านงานฟื้นฟู/สนับสนุนพัฒนากำลังคนด้านงานกายภาพบำบัดหรือพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการด้านการฟื้นฟูอื่นที่จำเป็น

2.5 สนับสนุนการพัฒนารูปแบบบริการรูปแบบใหม่ (Model Development) การพัฒนาองค์ความรู้ และการสนับสนุนพัฒนานวัตกรรมด้านงานฟื้นฟูต่างๆ เพื่อการขยายผล

ทั้งนี้ ให้มีการพัฒนาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัด ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)อื่นที่มีความพร้อมอย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด จากงบประมาณฟื้นฟูฯ ทั้ง 2 ส่วนข้างต้น และจากงบประมาณสมทบจาก อบจ.และอปท. อื่น ตามประกาศสปสช. เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น พ.ศ. 2553

## 5. กรอบการจัดสรร

สปสช. กำหนดสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ ดังนี้

5.1 งบอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูฯจำนวนร้อยละ 80 (458.88 ลบ.) จัดสรรดังนี้

- สปสช.เขต จำนวนร้อยละ 75 จำนวนเงิน 344.16 ลบ.
- สปสช.ส่วนกลาง จำนวนร้อยละ 25 จำนวนเงิน 114.72 ลบ.

5.2 งบพัฒนาระบบบริการร้อยละ 20 (114.72 ลบ.) จัดสรรดังนี้

- สปสช.เขต จำนวนร้อยละ 80 จำนวนเงิน 91.78 ลบ.
- สปสช.ส่วนกลาง จำนวนร้อยละ 20 จำนวนเงิน 22.94 ลบ.

ทั้งนี้ ในส่วนงบที่จัดสรรให้ สปสช.เขต กำหนดให้มีการจัดสรรงบอุปกรณ์และบริการสำหรับเป็นค่าบริการ O&M ตามจำนวนหน่วยบริการและเป้าหมายการใช้บริการแต่ละเขตและส่วนที่เหลือจัดสรรตามจำนวนประชากร UC และตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียน (ท.74) ในแต่ละเขต ในสัดส่วนเท่ากับ 50% และ 50% ตามลำดับ โดยให้ สปสช.เขตสามารถปรับยืดหยุ่นงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ทั้งงบอุปกรณ์ฯและงบพัฒนาระบบฯ ได้ตามความจำเป็น ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต

## 6. แนวทางการสนับสนุน

### 6.1 งบอุปกรณ์เครื่องช่วยฯและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6.1.1 แนวทางการสนับสนุนงบอุปกรณ์ฯและบริการฟื้นฟูฯของ สปสช.เขตให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ ภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

   สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ ทั้งกรณีการเข้ารับบริการในและนอกหน่วยบริการ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร ตามรายการที่ สปสช.กำหนด (ภาคผนวก 2.1) หรือรายการอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต/คณะกรรมการฟื้นฟูฯเขต

2) ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯสำหรับคนพิการและผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

   สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูฯ ตามรายการที่กำหนด (ภาคผนวก 2.2 ) สำหรับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภทดังนี้

   2.1) กรณี คนพิการ กำหนดสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูฯ ทั้งบริการที่จัดให้ภายในหน่วยบริการครอบคลุมทั้งบริการฟื้นฟูฯ กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเฉพาะรายการที่ไม่อยู่ในระบบ DRG รวมทั้งบริการที่จัดขึ้นนอกหน่วยบริการ หรือในชุมชน

2.2) กรณี ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู กำหนดสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูฯโดย เน้นการให้บริการฟื้นฟูฯต่อเนื่องในชุมชน ทั้งนี้ การให้บริการฟื้นฟูฯในหน่วยบริการซึ่งอยู่ในเงื่อนไขการให้บริการสาธารณสุขจากงบเหมาจ่ายเดิม ให้สปสช. เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม (เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก/OP) จากงบฟื้นฟูฯได้ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร

ทั้งนี้ โดยกำหนดหลักการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการ ในลักษณะเหมาจ่ายตามผลงานที่ผ่านมา (Global budget with point) ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร และโดยความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต/คณะกรรมการฟื้นฟูฯเขต

3) หลักเกณฑ์การสนับสนุนค่าอุปกรณ์และบริการ กรณีเหมาจ่ายล่วงหน้า

เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูของหน่วยบริการ จึงกำหนดให้ สปสช. เขต ดำเนินการสนับสนุนงบค่าอุปกรณ์และบริการฟื้นฟู ในลักษณะเหมาจ่ายล่วงหน้าตามผลงานในรอบปีที่ผ่านมา ให้กับหน่วยบริการที่มีการพัฒนาระบบบริการหรือมีระบบการบริหารจัดการ ตามเงื่อนไข ดังนี้

3.1) มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในและนอกหน่วยบริการ

3.2) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือนักวิชาชีพ ด้านงานฟื้นฟูอื่นๆ ในหน่วยบริการ

3.3) มีโครงสร้างและงานบริการฟื้นฟูฯ ที่ชัดเจน โดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารงบและพัฒนาระบบงานฟื้นฟูฯ ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และผู้แทนคนพิการร่วมเป็นกรรมการและมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานฟื้นฟูฯ เป็นกรรมการและเลขานุการ

3.4) มีผลงานให้บริการฟื้นฟูฯและกายอุปกรณ์แก่คนพิการอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.5) มีการจัดทำบันทึกข้อมูลคนพิการและรายงานผลสนับสนุนอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูฯ ผ่านระบบรายงานที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ ภายในกรอบวงเงินและการพิจารณาจัดสรรของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

4) การสนับสนุนการจัดบริการ ซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและอุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงสำหรับคนพิการ กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงิน จากงบอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ องค์กรคนพิการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตอุปกรณ์ ประยุกต์ดัดแปลง เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับคนพิการ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการและการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้ ตามความพร้อมของหน่วยบริการ องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีหน่วยงาน/องค์กร จัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

5) การสนับสนุนการฝึกใช้อุปกรณ์/การฝึกอบรมทักษะความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M) สำหรับคนตาบอด กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงิน จากงบอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการดำเนินการจัดบริการฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นให้กับคนพิการ โดยระยะเริ่มแรกกำหนดการสนับสนุนงบการฝึกใช้อุปกรณ์ไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอด โดยการสนับสนุนงบพัฒนาจัดตั้งศูนย์บริการฝึกอบรมทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M)สำหรับคนตาบอด(ระดับจังหวัด) เพื่อเป็นศูนย์กลางการให้บริการการฝึกใช้อุปกรณ์ไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอดในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีศูนย์บริการเพิ่มขึ้น จากปี 2553 อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง ภายในวงเงินสนับสนุนค่าบริหารจัดการเฉพาะสำหรับศูนย์ใหม่แห่งละ 100,000 บาท และค่าฝึกใช้อุปกรณ์และฝึกทักษะความคุ้นเคยฯ (O&M) รายละ 9,000 บาท โดยกำหนดเป้าหมายศูนย์ละ 200 ราย รายละเอียดตาม ภาคผนวก 2.3

ทั้งนี้ โดยกำหนดให้ สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดบริการการฝึกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้การพิจารณาของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตและคณะกรรมการฟื้นฟูฯเขต

6.1.2 แนวทางการสนับสนุนงบอุปกรณ์ฯและบริการฟื้นฟูฯ ของสปสช.ส่วนกลาง

กำหนดให้ สปสช.ส่วนกลาง ดำเนินการสนับสนุนงบอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ ดังนี้

1) จัดสรรเป็นค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูฯ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิด้านงานฟื้นฟูฯในเขต กทม.และจัดสรรเพิ่มเติมกรณีคนพิการเข้ารับบริการข้ามเขตพื้นที่ตามฐานข้อมูลการให้บริการเดิม
2) จ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ ตามรายการที่ตัดโอนจากกองทุนค่าใช้จ่ายสูงในระบบ e-claim จำนวน 7 รายการ (เฉพาะสิทธิย่อยคนพิการ ท.74) (ภาคผนวก 2.1)
3) จ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูฯ หลังการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ ตามเงื่อนไขกองทุนโรคเฉพาะ

## 6.2. งบพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

6.2.1 แนวทางการสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฯของ สปสช.เขต

ให้ สปสช.เขต ดำเนินการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ดังนี้

1) จัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เป็นฐาน (CBR / Community Based Rehabilitation) โดยบูรณาการการดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายอย่างน้อยเขตละ 1 พื้นที่ เพื่อเป็นต้นแบบหรือศูนย์เรียนรู้ในการขยายงานในพื้นที่อื่นต่อไป
2) จัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการตามความพร้อม โดยเน้นความต่อเนื่องและพัฒนาต่อยอดจากฐานงานเดิม รวมทั้ง การสนับสนุนการขยายขอบเขตงานบริการฟื้นฟูฯรูปแบบใหม่ ที่ไม่มีในระบบบริการเดิม เช่น การพัฒนาระบบบริการจิตเวชชุมชน การฟื้นฟูกลุ่มคนพิการด้านสติปัญญาการเรียนรู้และออทิสติก และนวัตรกรรมบริการอื่นๆ โดยกำหนดการสนับสนุนในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อพิจารณาสนับสนุน ตามแนวทางที่กำหนด (ภาคผนวก 2.4)
3) จัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟู

สมรรถภาพขององค์กรคนพิการ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการและอาสาสมัคร ในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาศักยภาพเพื่อพิจารณาสนับสนุนตามแนวทางที่กำหนด (ภาคผนวก 2.5)

4) จัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการด้านงานฟื้นฟู โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนากำลังคนด้านงานกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ตามเป้าหมายการขยายบริการกายภาพบำบัดและตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการด้านงานฟื้นฟูฯอื่น ที่จำเป็น

6.2.2 แนวทางการสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฯของสปสช.ส่วนกลาง

กำหนดการสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฯ เพื่อดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนี้

1) สนับสนุนการพัฒนารูปแบบ (Model development) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการ องค์กรคนพิการและภาคีอื่นๆ เพื่อ เป็นต้นแบบในการขยายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯทางเลือกสำหรับคนพิการโดยวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพัฒนารูปแบบบริการบุคคลออทิสติก บุคคลปัญญาอ่อน การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ฯลฯ

2) การพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการระดับประเทศ เพื่อให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ขององค์กรในระดับลูกข่าย ให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเข้มแข็งในพื้นที่

3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการด้าน O&M และด้านอื่นๆ ตามความจำเป็นของระบบ การพัฒนา/เผยแพร่องค์ความรู้ด้านงานฟื้นฟูฯ ร่วมกับองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### 6.3 การพัฒนาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัด

ให้ สปสช.เขต ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย (จังหวัดนำร่อง) อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด และจัดสรรงบประมาณจากงบอุปกรณ์และบริการฟื้นฟู และงบพัฒนาระบบบริการจากวงเงินงบประมาณที่จังหวัดได้รับจัดสรร เพื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดนำร่อง ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

ที่มีความพร้อม เพื่อนำร่องพัฒนาระบบบริหารจัดการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระดับจังหวัด ให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการและผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการบูรณาการงบประมาณและการดำเนินงานร่วมกัน ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง(Sub acute) ผู้สูงอายุและคนพิการ ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม
2) เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้สูงอายุและคนพิการในท้องถิ่นชุมชนได้มากขึ้น
3) เพื่อพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ องค์กรผู้สูงอายุให้สามารถให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการและผู้สูงอายุด้วยกันเองได้ในระยะยาว
4) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการของหน่วยบริการเพื่อให้ครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุและคนพิการทุกประเภท
5) อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสปสช.หรือคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขตกำหนด

ทั้งนี้ รายละเอียดตามประกาศสปสช. เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น (ภาคผนวก 2.6) และประกาศหรือระเบียบอื่นที่ประกาศเพิ่มเติม

## 7. การรายงานผลงานและการติดตามประเมินผล

7.1 ให้หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนงบจากกองทุนฟื้นฟู รายงานผลการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูฯ โดยการบันทึกลงใน **“โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ”** ใน website สปสช. ที่ www.nho.go.th

7.2 ให้หน่วยบริการและองค์กรฯ ที่ได้รับการสนับสนุนงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบของการดำเนินงานโครงการ รายงานผลการดำเนินงานโครงการ ให้กับ สปสช.เขต หรือ สปสช.ส่วนกลางที่สนับสนุนงบประมาณโครงการตามระยะเวลาที่กำหนด

## 8. ผู้รับผิดชอบโครงการ/ผู้ประสานงาน

8.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์
ผู้จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
โทรศัพท์ 02-141-5051, 084-7510943
E-mail address : orajitt.b@nhso.go.th

8.2 ผู้ประสานงาน

นางระนอง สุขเกษม
สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี
โทรศัพท์ 02-141-4210
E-mail address : ranong.s@nhso.go.th

นางสาวอภิสมัย สวัสดิสาร
สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี
โทรศัพท์ 02-141-4218
E-mail address : pisamai.s@nhso.go.th

## 11. การบริหารจัดการค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### 1. กรอบแนวคิด

เนื่องด้วยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 กำหนดให้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ อีกทั้งการบูรณาการบริการร่วมกับระบบการแพทย์กระแสหลักให้สอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ กรอบการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2554 กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนสมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก วงเงินประมาณ 287 ล้านบาท (6 บาท/ประชากร)

โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาข้อเสนอแนวทางเพื่อการจัดระบบบริการ ประสานสนับสนุนและบูรณาการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

### 2. วัตถุประสงค์

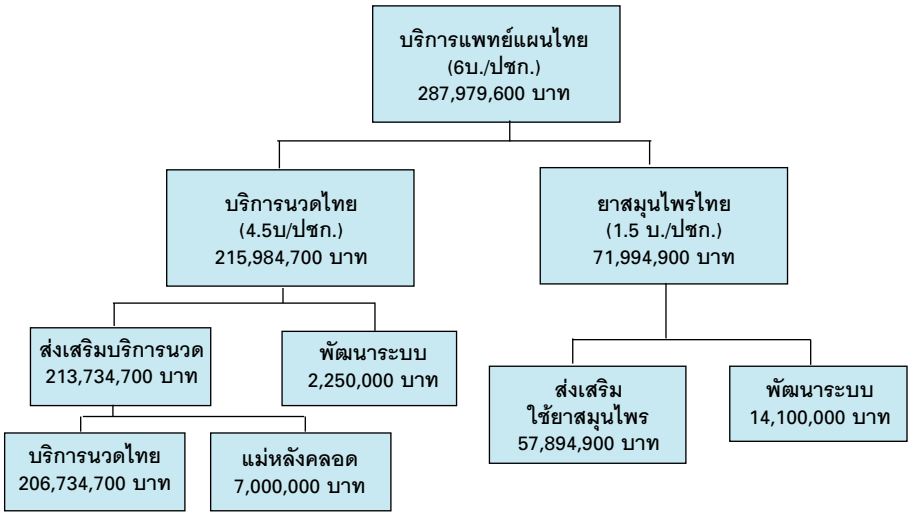
เพื่อสนับสนุนให้มีการให้บริการด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 ประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

## 4. กรอบการบริหารกองทุน




## 5. แนวทางการสนับสนุน

5.1 ส่งเสริมบริการนวดไทย สนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเน้นการนวดเพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (รวมถึงการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย/ผู้พิการที่บ้าน) และการบริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด โดยจัดสรรเป็นงบเพิ่มเติมให้หน่วยบริการโดยตรง ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ไม่จัดบริการการแพทย์แผนไทย จะไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้

5.1.1 หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดอย่างเคร่งครัด (รวมถึงบริการนวดไทยและบริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการพร้อมทั้งตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านโปรแกรมแพทย์แผนไทยผ่าน Website สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ

5.1.2 สปสช. สรุปข้อมูลการให้บริการ เป็นรายงวด ทุก 3 เดือน (4 ไตรมาส) โดยปิดรับข้อมูล ทุกวันที่ 30 ของเดือน มกราคม, เมษายน, กรกฎาคม, ตุลาคม เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อจัดสรรเงินและทำรายงานความครอบคลุมการให้บริการต่อผู้มีสิทธิรายหน่วยบริการ

5.1.3 สปสช. จัดสรรงบเพิ่มเติมให้หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการนวดไทยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ และบริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด เป็นรายงวด ทุก 3 เดือน (4 ไตรมาส)

- บริการนวดไทยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ใช้ผลงานระดับหน่วยบริการและความครอบคลุมการให้บริการ โดยจัดสรรตามวงเงินที่มีในลักษณะปลายปิด (Closed end)

- บริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด จัดสรรวงเงินตามแนวทางเข้าร่วมโครงการฟื้นฟูแม่หลังคลอดฯ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.4 หน่วยบริการสามารถใช้งบเพิ่มเติมดังกล่าว (ตามข้อ 5.1.3) เพื่อพัฒนาบริการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) พัฒนาบุคลากรที่ให้บริการนวดไทย ให้ผ่านหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทยกำหนด โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทยต้องผ่านหลักสูตรอย่างน้อย 330 ชั่วโมง จากสถาบันฝึกอบรมที่ได้รับการรับรอง หรือแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ ต้องจบจากสถาบันฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจากกองการประกอบโรคศิลปะ
2) เพื่อพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น นำไปชดเชยต้นทุนหรือนำไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนการให้บริการของ ผู้นวด การพัฒนาอุปกรณ์ สถานที่ให้บริการนวดไทย โดยเบิกจ่ายตามระเบียบของหน่วยบริการดังกล่าว

5.2 ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ/บัญชียาสมุนไพรอื่นๆ ที่คณะอนุกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

5.2.1 หน่วยบริการจ่ายยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ/บัญชียาสมุนไพรที่คณะอนุกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ให้แก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการรักษา

5.2.2 สปสช. สรุปข้อมูลการให้บริการ เป็นรายงวด ทุก 3 เดือน โดยปิดรับข้อมูลทุกวันที่ 30 ของเดือน มกราคม, เมษายน, กรกฎาคม, ตุลาคม นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อจัดสรรเงินและทำรายงานความครอบคลุมการให้บริการต่อผู้มีสิทธิรายหน่วยบริการ

5.2.3 สปสช.จัดสรรงบเพิ่มเติมให้หน่วยบริการทุกแห่งที่จ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ/บัญชียาสมุนไพรอื่นๆ ที่คณะอนุกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด เพื่อการรักษา เป็นรายงวด ทุก 3 เดือน โดยจัดสรรตามวงเงินที่มีในลักษณะปลายปิด (Closed end) ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

5.3 พัฒนาระบบบริการ

สปสช.ให้ความสำคัญกับ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยกลไกระดับจังหวัด ในการขับเคลื่อนระบบการแพทย์แผนไทย โดยจัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด

ดำเนินการเกี่ยวกับ

5.3.1 พัฒนาระบบบริการนวดไทยให้มีคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.3.2 พัฒนาระบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

## 6. การบันทึกข้อมูล

6.1 กรณีหน่วยบริการที่จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและเคยบันทึกข้อมูลบริการนวดไทยผ่านWebsite สปสช. ในปี 2553

6.1.1 การบันทึกข้อมูลบริการนวดไทย (นวดไทยและการฟื้นฟูแม่หลังคลอดฯ) ให้บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่าน Website สปสช. ระบบ online โดยบันทึกข้อมูล ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ

6.1.2 การรายงานข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

- กรณีหน่วยบริการที่สามารถนำส่งข้อมูลในรูปแบบ Text file ให้ส่งข้อมูลรูปแบบ Text file ตามรูปแบบ ที่สปสช.กำหนด โดย Upload ผ่านทางโปรแกรมแพทย์แผนไทยทุกสิ้นเดือน

6.2 กรณีหน่วยบริการที่ไม่เคยจัดบริการแพทย์แผนไทยและไม่เคยบันทึกข้อมูลบริการนวดไทยผ่าน Website สปสช. (โปรแกรมแพทย์แผนไทย สปสช.) สปสช. ปี 2553

6.2.1 ให้หน่วยบริการดำเนินการขอ Username และ Password ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- หน่วยบริการของรัฐ ขอ Username/password โดยผ่านทาง สปสช.เขตเดียวกับหน่วยบริการ (ทางระบบ data center)
- หน่วยบริการเอกชน ขอ Username/Password โดยผ่านทาง สปสช.เขต กรณีระบบ data center ไม่พบข้อมูลการตรวจประเมินเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/หน่วยร่วมให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์นั้น สปสช.เขต/สาขาจังหวัด จะต้องลงไปตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนฯ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการอนุมัติ Username/Password (โดยมีเงื่อนไขจะต้องผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยร่วมบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น)

6.2.2 การบันทึกข้อมูล

1) การบันทึกข้อมูลบริการนวดไทย (นวดไทยและการฟื้นฟูแม่หลังคลอดฯ) ให้

บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่าน Website สปสช. ระบบ online โดยบันทึกข้อมูล ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ

2) การจ่ายยาสมุนไพรให้รายงานข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

- กรณีหน่วยบริการที่สามารถนำส่งข้อมูลในรูปแบบ Text file ให้ส่งข้อมูลรูปแบบ Text file ตามรูปแบบ ที่สปสช. กำหนด โดย upload ผ่านทางโปรแกรมแพทย์แผนไทยทุกสิ้นเดือน

## 7. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับงบสนับสนุนจากกองทุนฯ

7.1 หน่วยบริการของรัฐ (รพช. / สอ. / ศูนย์สุขภาพชุมชน ฯลฯ) ในสังกัด สธ.และนอกสังกัด สธ.

7.2 หน่วยบริการเอกชนที่เป็นสถานพยาบาล ที่ขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ (ประเภทบริการแพทย์แผนไทย) และต้องได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ฯเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยร่วมให้บริการเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย (แล้วแต่กรณี)

7.3 หน่วยบริการร่วมให้บริการที่มีศักยภาพหรือมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ แต่ควรได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ก่อนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยต่อไป

## 8. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.1 สปสช.ส่วนกลาง/เขต

8.1.1 ชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางในการดำเนินงานให้หน่วยบริการทราบตลอดจนประชาสัมพันธ์-กระตุ้นการให้บริการ และเพิ่มการเข้าถึงของผู้มีสิทธิ

8.1.2 จัดสรรงบประมาณบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2554 รายละเอียดตามแนวทางที่กำหนด

8.1.3 จัดทำคู่มือ / แนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนดำเนินการจัดประชุม/ชี้แจงจังหวัด/หน่วยบริการ

8.1.4 พัฒนาระบบรายงาน กำกับ ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อเสนอคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องและผู้บริหาร สปสช. ทุก 3 เดือน

8.2 สปสช.สาขาจังหวัดและหน่วยบริการ

8.2.1 สปสช.สาขาจังหวัด กำหนดแนวทางและเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อให้บริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ "แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ" ของ สปสช.

1) หน่วยบริการรัฐ : ใช้ผลตรวจประเมินตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนปี 2552 - 2553 เฉพาะผลตรวจประเมินด้านการแพทย์แผนไทย และ ให้หน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (บางข้อ) จัดทำแผนพัฒนาในส่วนที่ยังขาด/ไม่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งเกณฑ์คุณสมบัติบุคลากรที่ต้องผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่คณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยกำหนดให้ได้ ภายในปีงบประมาณ 2554
2) หน่วยบริการเอกชน : ให้สมัครเข้าร่วมโครงการกับ สปสช.สาขาจังหวัด และให้จังหวัดเข้าตรวจประเมินตามเกณฑ์หน่วยบริการประจำ/ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการแล้วแต่กรณีโดยหน่วยบริการเอกชนดังกล่าวต้องผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดในด้านบริการแพทย์แผนไทย

8.2.2 สปสช. สาขาจังหวัด ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยจังหวัดสามารถใช้แนวเวชปฏิบัติ/แนวทางการให้บริการ (Clinical Practice Guideline : CPG) และรายงานของโปรแกรมระบบการให้บริการนวดไทยฯ หรือแบบรายงานที่มีในระดับพื้นที่เป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับ

8.2.3 สปสช. สาขาจังหวัด สนับสนุน/ติดตามหน่วยบริการ เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสรุปผลภาพรวม พร้อมข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการ และมาตรการติดตาม กำกับคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8.2.4 สปสช. สาขาจังหวัด จัดทำแผนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนระบบแพทย์แผนไทย (บริการนวดไทยและการใช้ยาสมุนไพร) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด

8.2.5 หน่วยบริการจัดบริการตามแนวทางที่กำหนด กรณีสถานีอนามัย/หน่วยร่วมให้บริการมีการจัดบริการร่วมด้วย ให้ส่งข้อมูลผ่านโรงพยาบาล/หน่วยบริการประจำ (ตามข้อ 6.1 และข้อ 6.2) ข้อแนะนำ : ผู้รับผิดชอบที่มี Username และรหัสผ่านแล้ว ควรบันทึกเข้าโปรแกรมเป็นรายวัน-รายสัปดาห์หลังจากจัดบริการ

8.2.6 หน่วยบริการ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร/ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ให้ได้คุณสมบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้งบที่ได้รับจาก สปสช. (ตามข้อ 5.1.3) เงินบำรุง หรืองบอื่นๆ เพื่อให้บุคลากรแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงาน มีคุณสมบัติ ให้เป็นไปตาม "ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ฯ พ.ศ. 2545"

1) เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
2) เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์ไทยให้การรับรอง

## 9. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

9.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน
ผู้จัดการอาวุโส
ผู้จัดการกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ 02-1415028 โทรสาร 02-1439746
Email address : grit.l@nhso.go.th

9.2 ผู้ประสานงาน

ร้อยตำรวจโทหญิง สุวภรณ์ มาสุข
โทรศัพท์ 02-141-4062
Fax 02-143-9746
E-mail address : suwaporn.m@nhso.go.th

นางสาวเรวดี ไตรวรรณ์
โทรศัพท์ 02-1414-192
Fax 02-143-9746
E-mail address : rewadee.t@nhso.go.th

# 12. การบริหารจัดการงบค่าเสื่อม

## 1. หลักการและเหตุผล

จากนโยบายรัฐบาลและแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2551-2554 ด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในข้อ 2.3.1 ระบุถึงการเพิ่มคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล ตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา โดยมีเจตนารมณ์ในการให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพในการให้บริการที่มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าวส่วนหนึ่ง คือ งบค่าเสื่อม ซึ่งได้มีการวางยุทธศาสตร์การลงทุนสร้างหลักประกันสุขภาพ ปี 2552 – 2555 โดยมีเป้าประสงค์ ดังนี้

1.1 หน่วยบริการมีศักยภาพในการให้บริการและมีการกระจายอย่างเหมาะสมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และผู้ให้บริการมีความสุข

1.2 เอกชน และภาคส่วนอื่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การจัดบริการสาธารณสุข

1.3 มีการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน และบูรณาการ มีการกระจายอำนาจ และการพัฒนาของพื้นที่ รวมทั้งมีระบบการติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2553 ได้มีการปรับชื่องบลงทุน/ซ่อมบำรุงเพื่อการทดแทน เป็นงบค่าเสื่อม เพื่อให้สอดคล้องกับที่มาของฐานข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาล โดยคำนวณจากสัดส่วนต้นทุนค่าเสื่อมกับต้นทุนบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

## 2. คำจำกัดความ

งบค่าเสื่อม หมายถึง เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ในการจัดหาเพื่อการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอย หรือเสียหายจนไม่สามารถใช้งานได้ดังเดิมจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## 3. เกณฑ์การจัดสรร

งบค่าเสื่อมจากการให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 ได้รับจัดสรรในอัตรา 148.69 บาทต่อประชากร จากจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ 47,996,600 คน คิดเป็นเงิน 7,136.61 ล้านบาท ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือส่วนแรกใช้จ่ายเป็นค่าเสื่อม ส่วนที่สองใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของบริการในพื้นที่ โดยจัดสรรตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

3.1 หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) และหน่วยบริการภาคเอกชน จัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการไปบริหารโดยตรง

3.2 หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สป.สธ. กำหนดการจัดสรรเงินให้ภายใต้นิยามการใช้จ่ายเงิน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็น 4 ระดับ คือ

3.2.1 จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการในระดับประเทศ ซึ่งพิจารณาอนุมัติรายการโดยกระทรวงสาธารณสุข และจัดสรรให้หน่วยบริการในสังกัด จำนวนร้อยละ 10 ของวงเงินงบค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

3.2.2 จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรรให้หน่วยบริการในสังกัดจำนวนร้อยละ 30 ของวงเงินงบค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

3.2.3 จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการระดับจังหวัด โดยจัดสรรให้หน่วยบริการในสังกัดจำนวนร้อยละ 20 ของวงเงินงบค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

3.2.4 จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการระดับหน่วยบริการ โดยจัดสรรให้หน่วยบริการในสังกัดจำนวนร้อยละ 40 ของวงเงินงบค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

**ยกเว้น** จังหวัด และหน่วยบริการ ที่อยู่ในโครงการนำร่องเขตสุขภาพ จะได้รับการจัดสรรเงินในข้อ 3.2.2-3.2.4 ขั้นต้นในภาพรวมของเขต และสามารถกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณภายในเขตได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูลและเงื่อนไขตามที่คณะอนุกรรมการงบลงทุนฯ กำหนด โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.)

ทั้งนี้ให้เป็นไปตามคณะอนุกรรมการงบลงทุนฯ กำหนด

## 4. วิธีการคำนวณจัดสรรเงิน

สปสช. คำนวณจัดสรรเงินงบค่าเสื่อม ดังนี้

4.1 หลักการคำนวณ

4.1.1 แบ่งสัดส่วนค่าเสื่อมระหว่างบริการ OP-IP-PP ด้วยสัดส่วนงบอัตราต่อหัวที่ได้รับจากรัฐบาลของค่าบริการ OP-IP-PP

4.1.2 เกณฑ์การจัดสรร "ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนและผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน" โดย

1) OP & PP ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน

2) IP ตามจำนวน adj.RW

4.2 วิธีการคำนวณ

4.2.1 แบ่งวงเงินที่ได้รับ ตามอัตราการจัดสรร OP+PP : IP (กำหนดให้อัตรา OP= A บาท/ปชก. อัตรา PP = B บาท/ปชก., อัตรา IP = C บาท/ปชก.) ดังสูตร

สัดส่วนของอัตรา OP+PP= $\frac{(A+B) \times 100}{(A+B+C)} = E$ สัดส่วนของอัตรา IP = $\frac{C \times 100}{(A+B+C)} = F$

สรุปสัดส่วน OP+PP : IP = E : F

จากนั้นนำสัดส่วนที่ได้ มาหาวงเงินของค่าเสื่อมจากบริการทั้งสองส่วน (กำหนดให้วงเงินค่าเสื่อมรวม = S) ดังนี้

วงเงินค่าเสื่อมของ OP+PP = $\frac{E \times S}{100}$ = K บาท

วงเงินค่าเสื่อมของ IP = $\frac{F \times S}{100}$ = L บาท

4.2.2 คำนวณอัตราต่อหัวประชากรเพื่อจัดสรรค่าเสื่อมตามบริการ OP+PP (กำหนดให้ประชากรลงทะเบียน UC เดือนตุลาคม 2553 = N) ดังสูตร

อัตราต่อหัวประชากรของ OP+PP = $\frac{K}{N}$ = X บาท/ปชก.

4.2.3 คำนวณอัตราต่อ 1 adj RW เพื่อจัดสรรค่าเสื่อมตามบริการ IP (กำหนดให้ Sum adj RW ย้อนหลัง 10 เดือน = M)

$$\text{อัตราต่อ 1 adj RW ของ IP} = \frac{L}{M} = Y \text{ บาท / 1 adj RW}$$

4.2.4 คำนวณงบค่าเสื่อมแยกตามรายสังกัด ดังนี้

1) ส่วนของ OP+PP โดยนำอัตราของข้อ 2(X) คูณด้วยจำนวนประชากรลงทะเบียนกับหน่วยบริการแยกตามสังกัด

2) ส่วนของ IP โดยนำอัตราของข้อ 3(Y) คูณด้วยจำนวน Sum adjRW ของหน่วยบริการแต่ละสังกัด

4.2.5 นำงบค่าเสื่อมรวมของหน่วยบริการสังกัด สปสธ.ทั้งหมด มาคำนวณจัดสรรให้หน่วยบริการอีกครั้งตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการแต่ละแห่ง

ทั้งนี้ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (Sum adjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในปกติ ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชยผู้ป่วยในปกติ ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และไม่รวมข้อมูลที่มีปัญหาต่างๆ หลังจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัดข้อมูล เช่น ข้อมูลส่งช้า ข้อมูลอุทธรณ์ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย เป็นต้น

## 5. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

การจัดสรรงบค่าเสื่อม ให้กับหน่วยบริการ (ไม่รวมหน่วยบริการที่เข้าร่วมจัดบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค จะจัดสรรให้ตามรูปแบบการจัดบริการผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการนั้น ดังนี้

5.1 กรณีหน่วยบริการใด ที่ให้บริการประชากรผู้มีสิทธิ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน จะได้รับการจัดสรรงบค่าเสื่อม ทั้ง 2 ส่วน ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

5.2 กรณีหน่วยบริการใด ที่ให้บริการประชากรผู้มีสิทธิ เฉพาะการบริการผู้ป่วยนอกหรือเฉพาะการบริการผู้ป่วยใน ก็จะได้รับการจัดสรรงบค่าเสื่อมเฉพาะส่วนการบริการนั้นๆ

ทั้งนี้ กรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงกลางปีงบประมาณ 2554 จะไม่ได้รับการจัดสรรงบค่าเสื่อมของปี 2554 และสำหรับหน่วยบริการที่เป็น

หน่วยบริการในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบ 1 ปี ไม่ต้องคืนเงินค่าเสื่อมเมื่อลาออกจากโครงการ

## 6. ขั้นตอนการดำเนินงาน

6.1 คณะอนุกรรมการงบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พิจารณาเห็นชอบหลักการ แนวทาง รูปแบบ และวิธีการจัดสรรงบค่าเสื่อม

6.2 สปสช. จัดทำกรอบแนวทางการบริหารงบค่าเสื่อม พร้อมตารางการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบ

6.3 หน่วยบริการตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันวงเงินที่ได้รับจัดสรรไปยัง สปสช.เขต ภายใน 15 วันหลังจากได้รับแจ้งจัดสรร

6.4 สำนักงานฯ เขต แจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรร ในเขตที่รับผิดชอบ ให้ สปสช.ทราบภายใน 15 วันหลังจากได้รับการแจ้งยืนยันจากหน่วยบริการ เพื่อ สปสช. จะได้แจ้งการจัดสรรตามการยืนยันนั้น ให้หน่วยบริการทราบอีกครั้งหนึ่งภายใน 7 วัน

6.5 การจัดทำแผนและการพิจารณาอนุมัติแผนการบริหารงบค่าเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

6.5.1 หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ./ภาคเอกชน

1) การจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ./ภาคเอกชน ดำเนินการโดยให้หน่วยบริการจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของแต่ละภาคส่วนเอง สปสช.เขต เป็นผู้ประสานรวบรวมแผนเสนอให้ อปสข. พิจารณาอนุมัติ พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้วให้สำนักงานฯ เบิกจ่ายงบค่าเสื่อมให้หน่วยบริการต่อไป

6.5.2 หน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ.

1) การจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ ร้อยละ10 กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแผนและพิจารณาอนุมัติรายการตามวงเงิน พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้วให้ สปสช. โอนเงินตรงให้หน่วยบริการต่อไป

2) การจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต ร้อยละ30 กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อม สปสช.เขต เป็นผู้ประสานรวบรวมแผน เสนอให้ อปสข.

พิจารณาอนุมัติ พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้วให้ สปสช. โอนเงินตรงให้หน่วยบริการต่อไป

3) การจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับจังหวัด ร้อยละ 20 ดำเนินการโดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้จัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อม และเสนอให้ อปสจ. เป็นผู้พิจารณาอนุมัติ พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้วให้ สปสช. เขต ดำเนินการแจ้งให้ สปสช. โอนเงินตรงให้หน่วยบริการต่อไป

4) การจัดทำแผนการบริหารงบค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับหน่วยบริการ ร้อยละ 40 ดำเนินการโดยหน่วยบริการและเครือข่าย เป็นผู้จัดทำแผน และเสนอให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้พิจารณาอนุมัติแผน พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติให้ สสจ.รวบรวมเป็นภาพรวมระดับจังหวัด และ สสจ.สำเนาแผนภาพรวมแจ้ง สปสช.เขต ดำเนินการแจ้งให้สำนักงานฯ โอนเงินตรงให้หน่วยบริการต่อไป

6.6 สปสช.เขต นำข้อมูลรายละเอียดแผนการจัดซื้อจัดหา เข้าสู่ระบบรายงานการใช้จ่ายงบลงทุนทาง Website ของสำนักงานฯ ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “สำหรับผู้ให้บริการ” > “บริการออนไลน์” > เลือกหมวด “งานทะเบียน” > เลือก “รายงานการใช้จ่ายงบลงทุน”

6.7 เมื่อหน่วยบริการได้รับเงินโอน ให้ดำเนินการจัดซื้อ/จัดหา ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯหรือระเบียบของหน่วยบริการนั้น และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ พร้อมทั้งก่อหนี้ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ 2554

6.8 หน่วยบริการที่รับเงินและดำเนินการตามข้อ 6.7 แล้ว โปรดรายงานผลการจัดซื้อ/จัดหา ผ่านทาง Website ของ สปสช. ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “สำหรับผู้ให้บริการ” > “บริการออนไลน์”>เลือกหมวด “งานทะเบียน”>เลือก “รายงานการใช้จ่ายงบลงทุน” โดยสามารถลงทะเบียนรับ user name, password เพื่อใช้Loginเข้าโปรแกรมรายงานได้ที่ สปสช.เขต

6.9 สสจ. และ สปสช.เขต ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันของข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ของรายงานเพื่อติดตามกำกับและสนับสนุนหน่วยบริการดำเนินงานอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพต่อไป

**<u>กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการ / มีเงินเหลือจ่าย</u>** การเปลี่ยนแปลงรายการ และ/หรือ การอนุมัติใช้วงเงินเหลือจ่าย ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการฯ หรือคณะอนุกรรมการผู้พิจารณาอนุมัติแผนในแต่ละระดับข้างต้น พร้อมทั้งแจ้งกลับให้ผู้บริหารทุกระดับทราบ เช่น หน่วยบริการ สสจ. สปสช.เขต และ สปสช.ส่วนกลาง <u>ยกเว้น</u>กรณีงบเหลือจ่ายระดับเขต ให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขต สามารถพิจารณาอนุมัติได้

## 7. การโอนเงิน

7.1 สปสช. จะโอนเงินให้หน่วยบริการโดยตรง ตามจำนวนเงินที่ได้รับจัดสรร หลังจากได้รับแผนรายการบริหารค่าเสื่อมและหนังสือแสดงความจำนงแล้ว (สำหรับหน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สป.สธ.ไม่ต้องมีหนังสือแสดงความจำนง)

7.2 สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกองทัพเรือ หน่วยบริการในสังกัดกองทัพอากาศ สปสช. จะโอนให้ต้นสังกัด

กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ ต้องแจ้งเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร พร้อมทั้งสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝาก ของหน่วยบริการ จำนวน 1 ชุด แนบมาพร้อมกับหนังสือแสดงความจำนง จำนวน 2 ชุด ส่งไปที่ สปสช. เขต

## 8. การจัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินงบค่าเสื่อม

การจัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินงบค่าเสื่อม จัดทำเฉพาะหน่วยบริการสังกัดภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการภาคเอกชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

8.1 เมื่อต้นสังกัดของหน่วยบริการและหน่วยบริการได้รับแจ้งวงเงินงบค่าเสื่อมที่ได้รับจัดสรร ให้จัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินงบค่าเสื่อม ตามแบบหนังสือแสดงความจำนงฯ จำนวน 2 ชุด พร้อมแนบแผนการบริหารงบค่าเสื่อมที่ได้รับอนุมัติตามวงเงิน ยื่นต่อ สปสช.เขต ดำเนินการอนุมัติตามวงเงินที่ได้รับมอบอำนาจ

8.2 สปสช.เขต จัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้แนบท้ายสัญญา/ข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขฯ และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ

8.3 สปสช.เขต ส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนกบริหารงบค่าเสื่อม ให้สปสช.ส่วนกลาง เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

โดยสามารถดาวน์โหลด แบบหนังสือแสดงความจำนงได้ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “สำหรับผู้ให้บริการ” > เลือก “ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย” > เลือกเมนู “แบบฟอร์ม” > เลือก “ข้อตกลง” > เลือก “แบบหนังสือแสดงความจำนง”

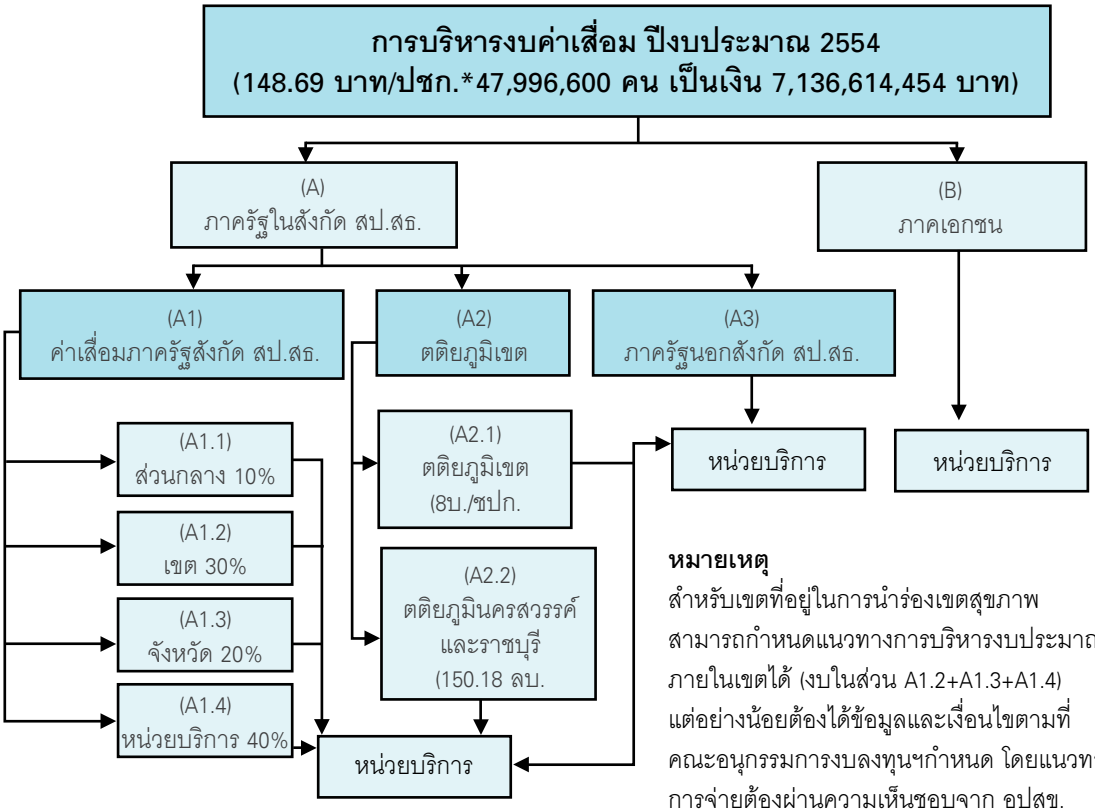
## 9. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

9.1 สปสช.เขต ติดตามและประสานผลการใช้จ่ายเงินของหน่วยบริการภายในพื้นที่ตามแผนการบริหารงบค่าเสื่อม ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ในแต่ละระดับ

9.2 การติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าการดำเนินงาน โดย คณะอนุกรรมการงบลงทุนฯ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานฯ เขต และ สสจ.

9.3 การประเมินผลภายในหน่วยงาน โดยหน่วยงานภายในสำนักงานฯ และประเมินผลภายนอกหน่วยงาน โดยหน่วยงานภายนอก

กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการตามแผนการบริหารงบค่าเสื่อม ดังกล่าวได้ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนเงินงบค่าเสื่อม ตามจำนวนเงินที่ระบุในใบแสดงความจำนงแนบท้ายข้อตกลง/สัญญาการให้บริการ แล้วแต่กรณี




**หมายเหตุ**
สำหรับเขตที่อยู่ในการนำร่องเขตสุขภาพ สามารถกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณภายในเขตได้ (งบในส่วน A1.2+A1.3+A1.4) แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูลและเงื่อนไขตามที่คณะอนุกรรมการงบลงทุนฯกำหนด โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

## 10. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสาน

| | |
|---|---|
| 10.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์<br>ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน<br>โทรศัพท์ 02-141-5028<br>E-mail address : karoon.k@nhso.go.th |
| 10.2 ผู้ประสานงาน | นางปวีณา ทองอินทร์<br>สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน<br>โทรศัพท์ 02-141-4167<br>E-mail address : paweena.t @nhso.go.th |
| | นางสาวนิสา เรณูชาติ<br>สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน<br>โทรศัพท์ 02-141-4226<br>E-mail address : nisa.r @nhso.go.th |

## 13. การบริหารจัดการการจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

### 1. แนวคิดการจัดสรร

งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเป็นงบประมาณที่สนับสนุนให้แก่หน่วยบริการเป็นการเพิ่มเติม สำหรับผลการให้บริการที่มีคุณภาพตามดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวัดผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการ และสะท้อนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการ ร่วมกับการจ่ายเงินตามหลักการ คือ หน่วยบริการจะได้รับงบประมาณ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกันตามระดับคุณภาพ

การสนับสนุนงบประมาณตามคุณภาพบริการ มีขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการให้บริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามทิศทางที่กำหนดไว้ และคาดหวังว่าจะเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่า ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 25 บาทต่อประชากร จะเน้นเกณฑ์คุณภาพในด้านบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ประกอบด้วยเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์ ที่จะประเมินผลงานตามตัวชี้วัดคุณภาพ และเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ ที่จะประเมินงานเชิงรุกในการสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นกับหน่วยบริการตามข้อกำหนดบริการ (Service specification)

สำหรับการจ่ายตามเกณฑ์ผลงานคุณภาพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพเดิมของปี 2553 ยังคงมีอยู่ แต่จะบูรณาการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการไปกับการจ่ายค่าบริการต่างๆ เช่น ในการจ่ายค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยปฐมภูมิมาตรฐาน และการจ่ายคุณภาพผลงานบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในงบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และจัดบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.2 สร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงานที่มีคุณภาพ (Quality outcome performance) เพื่อการส่งเสริมการยกระดับคุณภาพ และการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ ของหน่วยบริการและเครือข่าย

2.3 มีระบบสารสนเทศ ด้านคุณภาพ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดบริการสาธารณสุข

## 3. กรอบการบริหารกองทุน

งบประมาณที่ได้ 25 บาทต่อรายหัวประชากร . จำนวน 47.9966 ล้านคน คิดเป็นวงเงินทั้งสิ้น 1,199,915,000 บาท แบ่งงบประมาณ เป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 จัดสรรไปสมทบกับกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในส่วนงบจ่ายตามคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อใช้จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน ของหน่วยประจำ/ปฐมภูมิ วงเงิน 239,983,000 บาท (5 บาทต่อประชากร) แนวทางการบริหารจัดการและเกณฑ์คุณภาพเป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานโรงพยาบาล วงเงิน 959,932,000 บาท (20 บาทต่อ ประชากร) จัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาล ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับส่งต่อ เฉพาะที่รับผิดชอบประชากรลงทะเบียน ตามกรอบการบริหารกองทุน ดังนี้

| เกณฑ์จัดสรร | วิธีการ | วงเงินรวม 20 บาท ต่อ ปชก | การจ่ายเงิน |
|---|---|---|---|
| 3.1 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์ | จากการประเมินตามตัวชี้วัด/เกณฑ์คุณภาพ วิธีการประเมิน และการให้คะแนนคุณภาพที่กำหนด | ไม่ต่ำกว่า 17 บาทต่อปชก. | Ontop อัตราเหมาจ่ายบาทต่อปชก.ตามผลคะแนนคุณภาพ X จำนวนประชากรลงทะเบียน |
| 3.2 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ | สนับสนุนงานเชิงรุกในการสร้างคุณภาพให้เกิดในหน่วยบริการที่เป็นไปตาม service specification (process / end product) | ไม่เกิน 3 บาท ต่อปชก. | Ontop อัตราเหมาจ่าย ต่อ กิจกรรม |

## 4. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์

โรค/ประเด็นคุณภาพ ที่กำหนดคงใช้เค้าโครงเหมือนเดิมต่อเนื่องจากปี 2553 แต่ลดจำนวนเกณฑ์เหลือไม่เกิน 7 ข้อ ดังนี้

กรอบเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์ ของโรงพยาบาล ปี 2554

| โรค/ประเด็นคุณภาพ | เกณฑ์คุณภาพ |
|---|---|
| มาตรฐานหน่วยบริการ | 1. สถานะ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล<br>2. คุณภาพระบบยา<br>3. ความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียน<br>4. การรายงานข้อมูลเฝ้าระวังคุณภาพบริการ |
| โรคหลอดเลือดสมอง | 5. ผู้ป่วย stroke ได้รับบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล |
| โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) | 6. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด |
| โรค/ประเด็นคุณภาพของเขตพื้นที่ | 7. ตัวชี้วัดของเขตพื้นที่ (ถ้ามี) |

ในแต่ละเกณฑ์จะแสดงรายละเอียดวิธีการประเมิน แหล่งข้อมูล ตารางเวลาการประเมิน สูตรการคำนวณและการเทียบหาคะแนนคุณภาพ ปรากฏตามเอกสารประกอบการดำเนินการ

การจัดสรรงบประมาณจะโอนเงินให้กับหน่วยบริการ โดยจ่ายเป็นเงิน ontop

= อัตราเหมาจ่ายบาทต่อประชากร ตามผลคะแนนคุณภาพxจำนวนประชากรลงทะเบียน

4.2 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ

สนับสนุนงานเชิงรุกในการสร้างคุณภาพให้เกิดในหน่วยบริการ โดยจัดสรรให้กับหน่วยบริการที่สมัครใจและมีเงื่อนไขเป็นไปตาม service specification ทั้ง process/end product ในแต่ละกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน คือ จ่าย ontop โดยอัตราเหมาจ่ายตามกิจกรรม ดังนี้

| โรค/ประเด็นคุณภาพ | เกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ |
|---|---|
| มาตรฐานหน่วยบริการ | 1. การยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน HA |
| | 2. การจัดระบบ Complaint Management |
| | 3. Good Practice ด้าน Continuity care (discharge plan) |
| โรคเรื้อรัง | 4. การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ |
| โรค/ประเด็นคุณภาพของเขตพื้นที่ | 5. ตัวชี้วัดของสปสช.เขต (ถ้ามี) |

ในแต่ละเกณฑ์จะแสดงรายละเอียด service specification (ทั้ง process/ end product) และแนวทางการจัดการ ปรากฏตามเอกสารประกอบการดำเนินการ

การกระจายจำนวนเป้าหมาย/งบประมาณให้เขต ตามเงื่อนไขความพร้อมของหน่วยบริการที่สมัครใจและมีเงื่อนไขความพร้อมตาม service specification

## 5. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 จัดทำกรอบแนวทางการบริหาร เกณฑ์/ตัวชี้วัดคุณภาพ และแนวทางการประเมิน ในภาพรวม

5.1.2 จัดงบ Global ให้รายเขต ตามจำนวนประชากร ในสัดส่วนวงเงินที่จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์

5.1.3 ประสานเขตในการบริหารจัดการ กระจายจำนวนเป้าหมาย /งบประมาณ ให้เขต ในสัดส่วนวงเงินจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ

5.1.4 สนับสนุนเขตพื้นที่ในการบริหารจัดการตรวจสอบการจ่าย กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนและสรุปรายงานผล

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 เพิ่มเติมเกณฑ์คุณภาพของพื้นที่ (ถ้ามี) และกำหนดน้ำหนักความสำคัญของเกณฑ์คุณภาพทั้งหมดที่ใช้ในการจัดสรรตามคุณภาพผลการดำเนินงาน ภายในเขต โดยการกำหนดน้ำหนักต้องไม่มีข้อใดเป็น 0%

5.2.2 ชี้แจงทำความเข้าใจเกณฑ์/ตัวชี้วัดคุณภาพ และแนวทางการประเมิน แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

5.2.3 บริหารจัดการในเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ

1) ประสานหาหน่วยบริการที่สมัครใจและมีเงื่อนไขความพร้อมตาม service specification ของแต่ละกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด
2) ติดตาม /ตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการตาม service specification ทั้ง process/ end product ตามช่วงเวลาที่กำหนด
3) โอนงบประมาณให้หน่วยบริการเมื่อผ่านการตรวจสอบผลงานที่เป็นไปตามเกณฑ์

5.2.4 บริหารจัดการในเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์

1) จัดการให้มีการประเมินคุณภาพจากแหล่งต่างๆ ที่จำเป็น และ รวบรวมผลการประเมินคุณภาพบริการ
2) จัดการให้มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินคุณภาพจากหน่วยบริการ และจากสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
3) คำนวณจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการ ภายหลังมีผลการประเมินคุณภาพ
4) โอนงบประมาณ ให้หน่วยบริการ
5) แจ้งหน่วยบริการ และชี้แจงทำความใจ ผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ต่างๆ ให้หน่วยบริการรับทราบ เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งการประเมินผลคุณภาพ และเผยแพร่ผลงานที่ดีของหน่วยบริการหรือมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5.3 สปสช. สาขาจังหวัด

5.3.1 ร่วมในการตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ

5.3.2 ตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินคุณภาพจากหน่วยบริการ ตามตัวชี้วัดของเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์

5.3.3 ติดตามการทบทวนคุณภาพภายในจังหวัด และ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในจังหวัด ที่สอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพ

5.4 หน่วยบริการ

5.4.1 นำผลการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์การจัดสรรของปีที่ผ่านมาเข้าสู่กระบวนการทบทวนภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเกณฑ์ที่ยังมีปัญหา เพื่อหาแนวทางพัฒนายกระดับคุณภาพ

5.4.2 ทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และการประเมินตนเองด้านคุณภาพระบบยา

5.4.3 สมัครเข้าร่วมในกิจกรรมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการตามความสนใจและความพร้อมตามเงื่อนไขในกิจกรรมนั้นๆ กับ สปสช.เขต

5.4.4 เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ และจัดส่งให้ทันเวลา ซึ่งได้แก่ การสรุปและให้รหัสโรคให้ถูกต้อง การจัดเก็บข้อมูลเฝ้าระวังคุณภาพ และผลการประเมินที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

## 6. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

6.1 การกำกับติดตาม

สปสช. ส่วนกลาง กำกับติดตามการดำเนินการของ สปสช.เขต ดังนี้

6.1.1 การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการ

6.1.2 ความครบถ้วน และถูกต้อง ของข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์

6.2.2 การเบิกจ่ายงบประมาณถูกต้อง และเป็นไปตามแผนการจัดสรร

6.2 การติดตามประเมินผล

6.2.1 ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ของหน่วยบริการ

6.2.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 02-141 5033
E-mail address : panthep.k@nhso.go.th

นางกาญจนา ศิริโกมล
ผู้เชี่ยวชาญสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 02-141 5034
E-mail address : kanjana.s@nhso.go.th

# 14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

การให้บริการสาธารณสุขใดๆ แก่ผู้มารับบริการย่อมเป็นธรรมดาที่ในบางครั้งอาจทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการขึ้นได้ และเช่นกันในบางครั้ง ผู้ให้บริการเองก็อาจได้รับความเสียหายจากการให้บริการได้ด้วย ซึ่งการก่อให้เกิดความเสียหายดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในหลายกรณี

ดังนั้น เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดให้มีมาตรการในการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ กับบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้รับบริการ
2. ผู้ให้บริการ

## 1. กรณีผู้รับบริการ

"มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด"

จากบทบัญญัติมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์มุ่งหวังเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือดังกล่าวมีลักษณะเป็นการการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นในขณะเดียวกันเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการจะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้มีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จากระยะเวลาที่ผ่านมาการยื่นคำร้องของผู้รับบริการหรือทายาทรวมทั้งวิธีดำเนินการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มีปัญหาอุปสรรคในทางปฏิบัติพอสมควร โดยปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้มีการรวบรวม สรุปวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา และได้มีการเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เกิดความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 โดยมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

1.1 ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการซึ่ง ต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

1.2 ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ส่วนหน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

1.3 อัตราการจ่ายเงิน

| | |
|---|---|
| (1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร | จ่ายไม่เกิน 200,000 บาท |
| (2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ | จ่ายไม่เกิน 120,000 บาท |
| (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง | จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท |

1.4 เงื่อนไขการจ่ายเงิน ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมิใช่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ หรือรักษาโรคตามมาตรฐาน และให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล

1.5 ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ คือคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด จำนวน 5 – 7 คน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ การพิจารณาให้คำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐานะของผู้เสียหายด้วย

1.6 สิทธิอุทธรณ์ กรณีผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภท หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือจัดประเภทของความเสียหายไม่ถูกต้อง ข้อบังคับเดิมไม่ได้กำหนดกรอบในการใช้สิทธิอุทธรณ์ ข้อบังคับใหม่กำหนดให้มีการอุทธรณ์ได้ในกรณีที่คณะอนุกรรมการจ่ายไม่เต็มตามอัตราที่กำหนด หรือไม่จ่ายหรือจ่ายผิดประเภทของความเสียหาย ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขจะวินิจฉัยชี้ขาดให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์ โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ให้เป็นที่สุด

## 2. กรณีผู้ให้บริการ

การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชยแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ

สาธารณสุขนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับฯว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550 โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 18(4) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้ให้บริการนี้ จะไม่เป็นการตัดสิทธิของผู้ให้บริการที่จะพึงได้รับตามกฎ ระเบียบ หรือกฎหมายอื่น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย เขตพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข แทนคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2551 เป็นต้นไป

2.1 ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท ซึ่งต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

2.2 ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท

2.3 อัตราการจ่ายเงิน

(1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายไม่เกิน 200,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายไม่เกิน 120,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท

2.4 เงื่อนไขการจ่ายเงิน

(1) เป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(2) เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ของหน่วยบริการ

(3) เป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) ยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

2.5 ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย เขตพื้นที่ ที่เลขาธิการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถ จำนวน 5 – 7 คน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่า

เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ การพิจารณาให้คำนึงถึงประเภทและความรุนแรงของความเสียหายด้วย

2.6 สิทธิอุทธรณ์ ในกรณีที่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาท ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ซึ่งมีเพียงชุดเดียวที่ สปสช.ส่วนกลาง โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์จะวินิจฉัยชี้ขาดให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์ โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ให้เป็นที่สุด

ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในพื้นที่เสี่ยงภัย และรวมถึงผู้ให้บริการที่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยและได้รับความเสียหายในขณะให้บริการในพื้นที่เสี่ยงภัย ซึ่งได้แก่ จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดสงขลา และคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย เขตพื้นที่เห็นว่าความเสียหายที่ได้รับควรสั่งจ่ายเงินมากกว่าอัตราที่กำหนด ให้คณะอนุกรรมการเสนอความเห็นเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณาต่อไป

## 3. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

3.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายพรหมมินทร์ หอมหวล
รักษาการผู้อำนวยการสำนักกฎหมาย
โทรศัพท์ 0 2141 5013
E-mail address : prommin.h@nhso.go.th

3.2 ผู้ประสานงาน

นางสลินลา สิงหพันธุ์
สำนักกฎหมาย
โทรศัพท์ 0 2141 4046
E-mail address : salinla.s@nhso.go.th

# 15. การบริหารจัดการงบสำหรับส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ

## หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2551 ให้มีนโยบายการเงินในการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มเติมให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย และอื่นๆ) ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนา และวันที่ 14 มิถุนายน 2552 เห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)จัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2553 บางส่วนเป็นงบเพื่อชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาศักยภาพผ่านเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด ดังนั้น เพื่อให้นโยบายการส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวมีความต่อเนื่อง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติครั้งที่ 7/2553 วันที่ 12 กรกฎาคม 2553 ให้จัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2554 ในส่วนของงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 22.92 บาท ต่อประชากร ให้เป็นงบตามมเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดสรรเป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ โดยจ่ายเพิ่มให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ศักยภาพที่สปสช.กำหนด เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ (CUP) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนั้น ยังได้จัดสรรงบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ จำนวน 11.24 บาทต่อประชากร และนำงบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการจำนวน 5 บาทต่อประชากร มาบริหารรวมกันกับงบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ รวมเป็นเงิน 16.24 บาทต่อประชากร เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและมาตรฐานและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งสนับสนุนการเพิ่มและพัฒนาบุคลากรตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. 2550 - 2554) ดังนั้นภาพรวม การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีงบประมาณในการดำเนินงานปี 2554 เป็นเงินรวม 39.16 บาทต่อประชากรโดยมีรายละเอียดดังนี้

## เป้าประสงค์

ภายในปี 2556 ประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามความรุนแรงของโรคในระดับปฐมภูมิที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องมีศักยภาพการจัดบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด

## วัตถุประสงค์

1. สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ พัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด

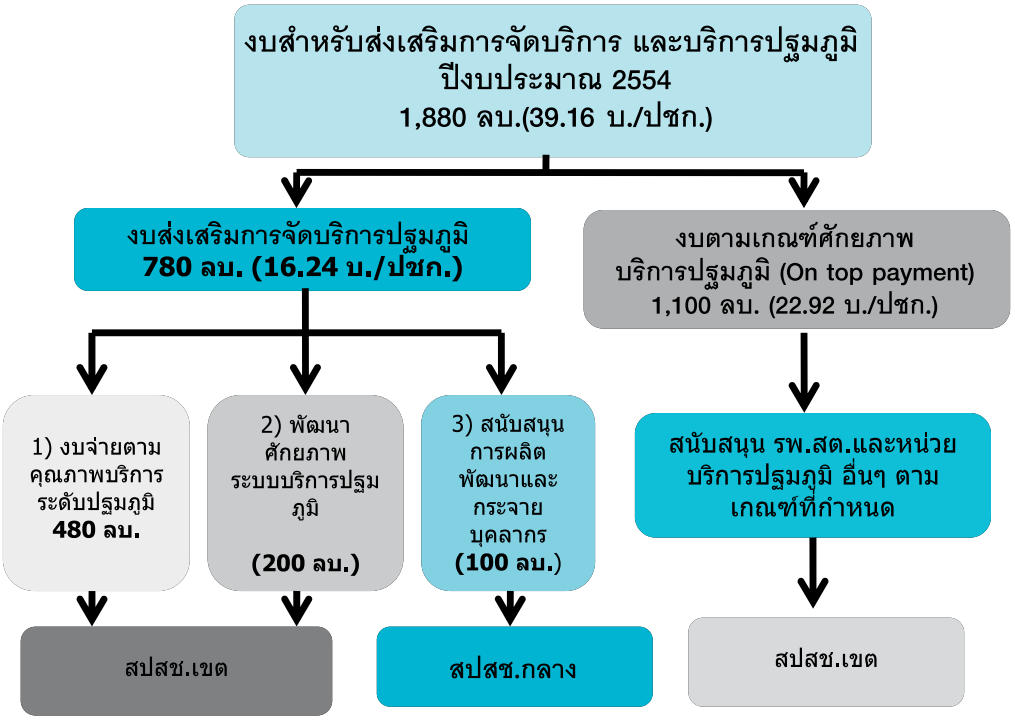
2. พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)/ศูนย์แพทย์ชุมชน/คลินิกชุมชนอบอุ่น/หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/อื่นๆ) ให้จัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ดำเนินงานสุขภาพชุมชน

3. สนับสนุนการพัฒนากลไกบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (District Health System :DHS) ให้มีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน

4. สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์แพทย์ชุมชนต้นแบบ ให้เป็นสถาบันร่วมผลิตบุคลากร และสร้างนวัตกรรมเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน

5. สนับสนุนการผลิต/พัฒนา/กระจายบุคลากรเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพชุมชน

**ภาพรวมงบสำหรับส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2554**




## 1. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ

### 1.1 กรอบแนวคิด

ในปี 2552-2555 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการลงทุนเชิงโครงสร้างระบบบริการโดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิเป็นงบที่เสริมนโยบายดังกล่าวโดยสนับสนุนหน่วยบริการให้มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการจัดบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของ รพช. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของ รพศ./รพท. ครอบคลุมทั้งในเขตชนบท เขตเมือง นอกจากนั้นยังครอบคลุมการส่งเสริมการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในเขตเมืองใหญ่ และกรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาบริการปฐมภูมิตามส่วนขาดของหน่วยบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยบูรณาการกับงบบริการอื่นๆ เช่น งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรคเรื้อรัง งบบริการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นอกจากนั้น ยังได้จัดสรรงบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

**1.2 กรอบการบริหารงบประมาณ**

แบ่งงบประมาณเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิวงเงินประมาณ 480 ล้านบาท.เป็นงบเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยวัดผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในโรค/หรือประเด็นคุณภาพที่กำหนด เปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการ และสะท้อนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการ ร่วมกับการจ่ายเงินตามหลักการ คือ หน่วยบริการจะได้รับงบประมาณ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกัน ตามระดับคุณภาพ

**ส่วนที่ 2** งบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ วงเงินประมาณ 200 ล้านบาท เป็นงบเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง ทั้งในส่วนของการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต) /ศูนย์แพทย์ชุมชน/คลินิกชุมชนอบอุ่น/หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ให้มีการจัดบริการปฐมภูมิตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ เป็นการบริหารจัดการระดับพื้นที่ โดย สปสช.เขต และมีหน่วยสนับสนุนการพัฒนาอยู่ที่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ

**ส่วนที่ 3** งบสนับสนุนการผลิตพัฒนาและกระจายบุคลากรวงเงินประมาณ 100 ล้านบาท เป็นงบเพื่อสนับสนุนการผลิต/พัฒนากำลังคน และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมเป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรอื่นๆ มีหน่วยสนับสนุนการพัฒนาอยู่ที่ สปสช.

**1.3 แนวทางสนับสนุน**

1.3.1 งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ จัดสรรตามผลงานตามตัวชี้วัดที่ สปสช.กำหนด

1.3.2 งบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ มีกรอบการสนับสนุนการพัฒนาดังนี้

กลุ่มที่ 1 พัฒนากลไกการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิระดับเขตและจังหวัด โดยร่วมกับสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- สนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขตและจังหวัด และมีการกำกับการดำเนินการตามแผน
- พัฒนาแผนบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเขต และจังหวัด
- ร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของพื้นที่ตามแผนที่กำหนด เช่น หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป หลักสูตรการบริหารการเงินการคลังสุขภาพระดับหน่วยบริการ การบริหารระบบบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตาภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น ฯลฯ
- สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีศักยภาพตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเกณฑ์ศักยภาพและคุณภาพบริการปฐมภูมิ
- สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เช่น พัฒนาการจัดบริการ เภสัชกรรมชุมชน จิตเวชชุมชน งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เชิงรุก (งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์) ทันตกรรมชุมชน (งบบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน)
- พัฒนากลไกระดับเขตและจังหวัด เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA)
- สนับสนุนการพัฒนาระบบเชื่อมโยงบริการ-ข้อมูล การส่งต่อ-ส่งกลับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
- พัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขตและจังหวัด
- นิเทศแบบบูรณาการ และกำกับ ติดตาม ประเมินผล เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง
- อื่นๆ ตามที่ สปสช.เขตกำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับสภาพบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา

ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550 – 2554

กลุ่มที่ 2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ ทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ให้มีการจัดบริการปฐมภูมิตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว และมีระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (District Health System : DHS) โดยมีแนวทางสนับสนุน ดังนี้

- พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ และสนับสนุนการบริหารงบประมาณแยกจากโรงพยาบาล
- พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ
- ผลักดันให้ปรับเปลี่ยนการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปให้เป็นการให้บริการตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ
- พัฒนาระบบการปรึกษา การเชื่อมต่อบริการ /ระบบส่งต่อ-ส่งกลับ ภายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิขึ้นไป
- พัฒนาระบบประกันคุณภาพบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA)
- สนับสนุนหน่วยบริการประจำ (CUP) พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ภายในเครือข่ายฯ เช่น พัฒนาการจัดบริการเภสัชกรรมชุมชน งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การดูแลผู้พิการในชุมชน งานจิตเวชชุมชน พัฒนาการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมและทันตสาธารณสุขที่จำเป็น และการจัดบริการแพทย์แผนไทยเชิงรุก เป็นต้น ทั้งนี้ให้บูรณาการกับงบในส่วนอื่น ได้แก่ งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ งบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง งบบริการทันตกรรมส่งเสริมสุขภาพ งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิเวชจิตเวช และงบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- อื่นๆ ตามที่ สปสช.เขตกำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับสภาพบริบท

ของพื้นที่และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550 – 2554

1.3.3 การสนับสนุนการผลิต/พัฒนากำลังคน และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อมเป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรอื่นๆ มีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผลักดันนโยบาย สร้างสภาพแวดล้อม และระบบสนับสนุน ให้เอื้อต่อระบบบริการปฐมภูมิ และการทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่
2) สร้างความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการผลิต จัดหา กระจาย และพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการจัดระบบสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
3) นำร่องการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสถาบันร่วมผลิต และพัฒนาแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นในระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 50 แห่ง
4) กระตุ้นภาคท้องถิ่นร่วมสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักกายภาพบำบัด ทันตาภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น
5) พัฒนามาตรการจูงใจให้โรงพยาบาล/หน่วยบริการปฐมภูมิจัดหาบุคลากรในสาขาที่จำเป็น เพื่อจัดบริการปฐมภูมิรูปแบบต่างๆ เช่น นักกายภาพบำบัด ดูแลผู้พิการ นักจิตวิทยา เป็นต้น

**1.4 แนวทางการจัดสรรและบริหารงบประมาณ**

1.4.1 งบส่วนที่ 1 งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ จัดสรรตามผลงานตามตัวชี้วัดที่ สปสช.กำหนด

1.4.2 งบส่วนที่ 2 งบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ

1) สปสช. แจ้งกรอบวงเงินให้สปสช.เขตทราบภายในเดือนตุลาคม 2553 โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้
   - ส่วนที่ 1 จัดสรรตามสัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิ
   - ส่วนที่ 2 จัดสรรตามสัดส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ

2) สปสช.เขตร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจังหวัด ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์หาส่วนขาดการพัฒนาบริการปฐมภูมิของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และจัดทำกรอบการบริหารงบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิระดับเขต ตัวชี้วัดผลผลิต การกำกับ ติดตาม และประเมินผล เสนอขอความเห็นจาก อปสข.

3) สปสช.เขตหรือคณะทำงานที่ได้รับมอบหมายจัดทำรายละเอียดในการดำเนินการ พิจารณาการสนับสนุน จัดทำข้อตกลงการดำเนินงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแจ้ง สปสช.โอนงบภายในเดือนธันวาคม 2553

4) ข้อควรพิจารณาในการดำเนินการ

   4.1) การสนับสนุนหน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณในปีงบประมาณที่ผ่านมา และต้องการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ควรพิจารณาเฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดำเนินการ เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณในปีต่อไป

   4.2) ควรกระตุ้นให้มีการร่วมลงทุนจากเงินบำรุง งบท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะในการจัดบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของ รพศ./รพท. เนื่องจากมีความพร้อมในการระดมทรัพยากรค่อนข้างสูง

   4.3) เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่สามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์ (เช่น การเข้าถึงบริการ และรวมถึงการรอคิวรับบริการเกิน 30 นาที หรือจำนวนบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ เป็นต้น

   4.4) กระตุ้นให้โรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น เพิ่ม/พัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่จำเป็น เพื่อการดูแลผู้ด้อยโอกาส และการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 5 กลุ่ม (ได้แก่ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และหญิงมีครรภ์) แบบ Home ward

   4.5) จัดบริการปฐมภูมิที่เชื่อมต่อกับบริการทุติยภูมิ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เช่น การส่งต่อ ส่งกลับข้อมูล/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบนัดหมาย/ช่องทางด่วน/การปรึกษา ระบบเวชภัณฑ์

4.6) การบริหารจัดการเครือข่ายที่แยกการบริหารงบบริการระดับปฐมภูมิ (งบOP, PP) โดยเป็นการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและชุมชนในการบริหารงบดังกล่าว และเชื่อมโยงกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

5) สปสช.เขต กำกับ ติดตามให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดและรายงานความก้าวหน้า ต่อ อปสข เป็นระยะ และรายงานผลให้กองทุนฯทราบ

1.4.3 งบส่วนที่ 3 การสนับสนุนการผลิต/พัฒนากำลังคน และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อมเป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรอื่นๆ มีแนวทางดำเนินงานดังนี้

1) สปสช. ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนการผลิต จัดหา กระจาย และพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิอื่นๆ เช่น

- ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้โครงการเพิ่มศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และโครงการแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ซึ่งได้ทุนสนับสนุนจาก ทุนการกุศลสมเด็จย่าและทุนการกุศล กว.(พระเมรุ)
- ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และสภาการพยาบาล ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรและผลิตพยาบาลชุมชน และการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ
- ร่วมมือกับสภากายภาพบำบัด จัดหานักกายภาพบำบัดไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อไปทำงานฟื้นฟูผู้พิการ และงานกายภาพบำบัดในชุมชน รวมทั้งจัดระบบสนับสนุนการทำงานของนักกายภาพบำบัด
- ร่วมมือกับมูลนิธิแพทยชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยนเรศวร และสถาบันการศึกษาต่างๆ พัฒนาหลักสูตรการจัดการระบบบริการปฐมภูมิ

2) แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ที่มีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยการ และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงาน

3) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ร่วมกับ สปสช.เขต เพื่อวางแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานระดับพื้นที่ เช่น การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน/หน่วยบริการ ปฐมภูมินำร่องเป็นสถาบันร่วมผลิต และพัฒนาแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ การประสานเขต จังหวัด และสถาบันการศึกษาในการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ฯลฯ

4) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และ สปสช.เขตรวบรวมข้อมูลสถานการณ์กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการจัดทำแผน และกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

5) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และสปสช.เขตรวบรวมผลการดำเนินงาน และรายงานต่อผู้บริหารก่อนสิ้นปีงบประมาณ

### 1.5 การติดตามกำกับ

1.5.1 กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและ สปสช.เขต กำหนดตัวชี้วัดผลผลิต ผลลัพธ์ และแนวทางการติดตามกำกับ ตลอดจนแบบฟอร์มการรายงานผล

1.5.2 สปสช.เขต ติดตามเยี่ยมสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการในพื้นที่ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัด รวบรวมรายงานจากหน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสรุปรายงานผลให้กับกองทุนพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิ

1.5.3 กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับคณะกรรมการ/คณะทำงาน ที่เกี่ยวข้อง ออกเยี่ยมสนับสนุนในพื้นที่ร่วมกับ สปสช.เขต และรวบรวมผล/ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในปีถัดไป นำเสนอต่อผู้บริหารก่อนสิ้นปีงบประมาณ

## 2. งบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ

### 2.1 กรอบแนวคิด

งบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (On top payment) เป็นงบค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐานตามประกาศบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2554 ข้อ 5.4 เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น) ที่มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพิ่มความเป็นธรรมในระบบบริการ และส่งเสริมการใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจของประชาชน

**2.2 เกณฑ์และเงื่อนไขการประเมิน**

2.2.1 เกณฑ์ศักยภาพบริการ และเงื่อนไขการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมใน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) เกณฑ์ศักยภาพพื้นฐาน : มีอัตรากำลังของแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปหรือพยาบาลชุมชน และบุคลากรอื่นๆ รวมทั้งครุภัณฑ์ และให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานได้ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
2) เกณฑ์ศักยภาพการจัดบริการ : มีศักยภาพให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก 5 กลุ่มเป้าหมาย เน้นการจัดบริการแบบ Homeward และงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน มีระบบส่งต่อและส่งกลับเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย มีหรือได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการทันตกรรมชุมชน และเภสัชกรรมชุมชน รวมทั้งการจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ
3) เกณฑ์ศักยภาพการบริหาร : มีคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วม มีการประชุม และรายงานการประชุมอย่างสม่ำเสมอ มีแผนพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน
4) เกณฑ์ศักยภาพผลงาน : มีผลงานในปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าที่กำหนด

2.2.2 การประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะรับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ

1) สำหรับปีงบประมาณ 2554 ใช้เกณฑ์และเงื่อนไขการประเมินของปีงบประมาณ 2553

2) สำหรับปีงบประมาณ 2555 จะมีเกณฑ์และเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้

ก. เกณฑ์ประเมินกลาง เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ ได้แก่

1) เกณฑ์ศักยภาพพื้นฐาน

- มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปประจำเต็มเวลา (หากเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลชุมชน ให้ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ภายในปีงบประมาณ 2554) อย่างน้อยแห่งละหนึ่งคน
- สัดส่วนพยาบาล 1 คน รับผิดชอบประชากร ไม่เกิน 1:5,000 คน
- มีสัดส่วนบุคลากรปฏิบัติงานประจำ 1 คน รับผิดชอบประชากร ไม่เกิน 1:1,250 คน

2) เกณฑ์การจัดบริการ มีบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการประจำ และมีบริการโรคเรื้อรังเชิงรุกในชุมชนร่วมกับกองทุนระดับท้องถิ่น

3) เกณฑ์การบริหาร มีคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการประชุมสม่ำเสมอ และมีบทบาทสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างเป็นรูปธรรม

4) เกณฑ์ผลงาน มีผลงานด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่าผลงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข. เกณฑ์ประเมินของเขตพื้นที่ เป็นเกณฑ์เพิ่มเติมที่คณะทำงานหรือคณะกรรมการระดับเขตหรือจังหวัดที่ อปสข. หรือ สปสช.เขต แต่งตั้ง กำหนดให้มีตามความพร้อมหรือนโยบายของแต่ละพื้นที่ หรือกำหนดเป็นเงื่อนไขหรือรายละเอียดเพิ่มเติมจากเกณฑ์กลาง โดยอาจใช้เกณฑ์และเงื่อนไขรอง ปี 2553 เป็นฐานในการพิจารณา

ค. เกณฑ์ประเมินสำหรับคลินิกชุมชนอบอุ่น/ศูนย์แพทย์ชุมชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ(CUP) ปีงบประมาณ 2555 ต้องเป็นหน่วยบริการประจำ

ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น ปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา และเกณฑ์อื่นต้องไม่ต่ำกว่าของปีที่ผ่านมา และให้เป็นไปตามที่คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานระดับเขต หรือ สปสช.เขตกำหนด

**2.3 กรอบการบริหารงบประมาณ**

งบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2554 จำนวน 22.92 บาท ต่อประชากร เพื่อเป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ โดยจ่ายเพิ่มให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิที่ สปสช.กำหนด

**2.4 แนวทางการจัดสรร**

2.4.1 จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านการประเมิน ตามอัตราและเงื่อนไขที่กำหนดภายใต้วงเงิน (Golbal budget) งบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ ภายในเดือนธันวาคม 2553

2.4.2 กรณีมีวงเงินเหลือจากข้อ 2.4.1 จะพิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่สมัครใหม่และผ่านการประเมินภายในเดือนมีนาคม 2554 และจัดสรรงบให้ไม่เกิน ร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนด ทั้งนี้ ภายใต้วงเงินคงเหลือจากข้อ 2.4.1

2.4.3 หน่วยบริการที่ได้รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2554 จะต้องดำเนินการให้บรรลุตามเกณฑ์ของส่วนกลาง และของพื้นที่ ตามที่สปสช.เขตกำหนดภายในสิ้นปีงบประมาณ 2554 เพื่อขอรับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2555 ต่อไป

2.4.4 รูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุน และการจัดสรรงบประมาณ มีดังนี้

| รูปแบบ | ลักษณะการจัดบริการ | อัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติม |
|---|---|---|
| รูปแบบที่ 1 จัดบริการปฐมภูมิแยกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย | เป็นหน่วย/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ มีแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ตามเงื่อนไข | เพิ่มเติมไม่เกิน 100 บาทต่อประชากรหนึ่งคน |
| รูปแบบที่ 2 จัดบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นหน่วยบริการประจำ | เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำ และมีแพทย์เป็นพี่เลี้ยง มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำตามเงื่อนไข | เพิ่มเติมไม่เกิน 50 บาทต่อประชากรหนึ่งคน |

2.4.5 สปสช. โอนงบประมาณงวดเดียวไปยังหน่วยบริการประจำ โดยกำหนดให้เป็นงบเพิ่มเติมต้นทุนการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด และดำเนินการภายใต้วงเงินงบประมาณแบบปลายปิด (Global budget) ทั้งนี้ การกำหนดเกณฑ์และเงื่อนไขการประเมิน และอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมจะมีการพิจารณาเป็นรายปี

2.4.6 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ ปี 2554 ดังนี้

**รูปแบบที่ 1** การจัดบริการปฐมภูมิแยกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอเมือง พื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น หรืออำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาล จำนวน 100 แห่ง

**รูปแบบที่ 2** การจัดบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นหน่วยบริการประจำ จำนวน 4,000 แห่ง

**2.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน**

2.5.1 สปสช.เขต แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัดหรือระดับเขต ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ และแนวทางการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิที่สมัครขอรับงบประมาณปี 2554 พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์ระดับพื้นที่ที่จะใช้ประเมินหน่วยบริการในปี 2555 โดยผ่านการพิจารณาเห็นชอบของ อปสข. เพื่อประกาศให้หน่วยบริการทราบ

2.5.2 หน่วยบริการปฐมภูมิประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่สปสช.กำหนด ส่งให้หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลแม่ข่าย)

2.5.3 หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ในฐานะคู่สัญญาหรือผู้ดูแลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตรวจสอบข้อมูลรายงานการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมให้การรับรอง และส่งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด)

2.5.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและรับรองผลฯ ส่งให้ สปสช.เขต กรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อมูลการประเมินตนเอง ให้หน่วยบริการประจำหรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนส่ง สปสช.เขต

2.5.5 สปสช.เขต พิจารณาสนับสนุนงบเหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้ สามารถมอบหมายให้คณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัดหรือระดับเขต ที่สปสช.เขต แต่งตั้ง พิจารณาและตรวจสอบ

2.5.6 สปสช.เขตแจ้งโอนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการภายในเดือนธันวาคม 2553 และรายงานผลการดำเนินงาน ต่อ อปสข.

2.5.7 สปสช.เขตอาจจัดให้หน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณจัดทำรายงานเพิ่มเติม และดำเนินการตรวจสอบการประเมินภายหลัง (Post audition) โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง

**2.6 การติดตามกำกับ**

2.6.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสปสช.สาขาจังหวัด นิเทศ และติดตามเยี่ยม และรายงานผลการกำกับติดตามเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสปสช.เขต

2.6.2 สปสช.เขต ตรวจเยี่ยม และสรุปรายงานผลการกำกับ ติดตามระดับเขตให้กับกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2.6.3 กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ออกสุ่มเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ร่วมกับสปสช.เขต และรวบรวมผล/ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในปีถัดไป เสนอต่อผู้บริหาร สปสช.

## ผลผลิตภาพรวมที่คาดหวัง

1. มีศูนย์แพทย์ชุมชนและคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและการพัฒนาการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 100 แห่ง

2. มีหน่วยบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และบุคลากรอื่นๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่น้อยกว่า 4,000 แห่ง

3. มีการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 100 คน ปฏิบัติงานในหน่วยบริการประจำ(โรงพยาบาลแม่ข่าย) ผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติ 2,000 คน และบุคลากรอื่นๆ ปฏิบัติงานในรพ.สต และหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. มีการเชื่อมระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระบบสนับสนุนอื่นๆ เป็นเครือข่ายระหว่างรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิ กับหน่วยบริการประจำ และพื้นที่

5. รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 4,000 แห่งมีคณะกรรมการบริหารที่มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและภาคประชาชนและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ มีการทำระบบข้อมูลชุมชน ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงรุกร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

6. ระบบสนับสนุนอื่นๆ จากหน่วยงานกลางได้รับการพัฒนา และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

## ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

1. ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน
ผู้จัดการอาวุโส
กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
โทรศัพท์ 02-1415028 โทรสาร 02-1439746
Email address : grit.l@nhso.go.th

2. ผู้ประสานงาน

นางสุวารี สุขุมาลวรรณ์
โทร 02-141 5014 โทรสาร 02- 143 9746
E-mail address : suwaree.s@nhso.go.th

นางบำรุง ชลอเดช
โทร 02-141 4188 โทรสาร 02- 143 9746
E-mail address : bumrung.c@nhso.go.th

นางสาววรวีร์ ธนประกฤต
โทร 02-141 4189 โทรสาร 02- 143 9746
E-mail address : worawee.t@nhso.go.th

## รายชื่อผู้รับผิดชอบงานกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.เขต

| รายชื่อ | สปสช.เขต | โทรศัพท์ / Email ติดต่อ |
|---|---|---|
| นายศตกร ธนูสนธิ์ | สปสช.เขต1 เชียงใหม่ | โทรศัพท์ 053-203-536-42<br>Email address : satakorn.t@nhso.go.th |
| นายโอฬาร รัศมี | สปสช.เขต 2 พิษณุโลก | โทรศัพท์ 055-245-111<br>Email address : olarn.r@nhso.go.th |
| นายบัญชา คุ้มคูณ | สปสช.เขต 2 นครสวรรค์ | โทรศัพท์ 056371831<br>Email address : bancha.k@nhso.go.th |
| นายจักรินทร์ ฆ้องวงษ์ | สปสช.เขต 4 สระบุรี | โทรศัพท์ 036-213-205<br>Email address : chackkarin@nhso.go.th |
| นางจินตนา แววสวัสดิ์ | สปสช.เขต 5 ราชบุรี | โทรศัพท์ 032-332-590<br>Email address : jintana.w@nhso.go.th |
| นายทวีสินธิ์ สมัครสมาน | สปสช.เขต 6 ระยอง | โทรศัพท์ 038- 864-313<br>Email address : thaweesit.s@nhso.go.th |
| นางสาววนิดา วิริยะกุล | สปสช.เขต 7 1ขอนแก่น | โทรศัพท์ 043-365-200-3<br>Email address : wanida.w@nhso.go.th |
| นางสาวอุษณีย์ หลอดเณร | สปสช.เขต 8 อุดรธานี | โทรศัพท์ 042-325-681<br>Email address : utsanee.l@nhso.go.th |
| นางสุภาพรรณ กิตติวิศิษฏ์ | สปสช.เขต 9 | โทรศัพท์ 044-248-870-4<br>Email address : supapan.k@nhso.go.th |
| นางบุญเรือง ชัยสิทธ์<br>นางสาวจิรัญญา มุขขันธ์ | สปสช.เขต 10<br>อุบลราชธานี | โทรศัพท์ 045-240-591<br>Email address : boonreung.c@nhso.go.th<br>jiranya.m @nhso.go.th |
| นายสันติ ประไพเมือง | สปสช.เขต 11<br>สุราษฎร์ธานี | โทรศัพท์ 077-274-811<br>Email address : sunti.p@nhso.go.th |
| นางสาววันดี แสงเจริญ | สปสช.เขต 12 สงขลา | โทรศัพท์ 074- 233-888<br>Email address : wandee.s@nhso.go.th |
| นาราศี ติรพรกุล | สปสช.เขต 13<br>กรุงเทพมหานคร | โทรศัพท์ 02-962-2345<br>Email address : rasri.t@nhso.go.th |

# 16. การบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (โรคที่มีอัตราตายสูง)

## 1. แนวคิด

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการกระจายการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง ที่มีคุณภาพมาตรฐานในทุกภูมิภาคของประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเห็นชอบให้จัดสรรงบกองทุนเพื่อสนับสนุนการบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานได้มากขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อกระจายการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงที่มีคุณภาพมาตรฐานในทุกภูมิภาค

2.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.3 เพื่อพัฒนาการบริการในกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงในแต่ระดับบริการให้ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้อง

## 3. กรอบบริหารงบกองทุน

3.1 งบค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษจากค่าตอบแทนปกติ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2 งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## 4. หลักเกณฑ์การจัดสรร/แนวทางการสนับสนุน

4.1 งบค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษจากค่าตอบแทนปกติ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรให้กับผู้ให้บริการดังนี้

4.1.1 จ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษจากค่าตอบแทนปกติที่ได้รับจากต้นสังกัด

4.1.2 จ่ายให้กับผู้ให้บริการในหน่วยงานภาครัฐ ที่เป็นหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านหรือให้บริการ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะทำงานฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล

4.1.3 จ่ายตามภาระงานที่เกิดขึ้นจริง ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะทำงานฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตามประกาศการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารภาคผนวก 3 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554

4.2 งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ในการพัฒนาระบบบริการ และเครือข่ายบริการที่มีปัญหาในการส่งต่อระดับเขต ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด โรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมองในสมอง (Stroke) บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการบาดเจ็บที่สมอง ในหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน

## 5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1กองทุนพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

5.1.1 จัดทำแผนสนับสนุนค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษในการบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล) และงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ร่วมกับสำนักงานสาขาเขต

5.1.2 ประสานกับสำนักงานสาขาเขต ในการดำเนินการให้หน่วยบริการจัดทำแผนขอรับการสนับสนุนงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ให้หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย ของบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง

5.1.3 ประสานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการจัดสรรงบค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ สนับสนุนบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล)

5.1.4 ดำเนินการจัดสรรงบประมาณค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ แก่ผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล

5.1.5 ดำเนินการจัดสรรงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

5.1.6 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในภาพรวม

5.1.7 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน และจัดทำข้อเสนอแนวทางการสนับสนุนกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล) และงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

5.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

5.2.1 ร่วมกับกองทุนพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ในการจัดทำแผนสนับสนุนค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษในการบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล) และงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

5.2.2 ประสานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการดำเนินการให้หน่วยบริการจัดทำแผนขอรับการสนับสนุนงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ให้หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ

5.2.3 ดำเนินการจัดสรรงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

5.2.4 ติดตามประเมินผลการดำเนินการ ในระดับเขต

5.2.5 รวบรวมข้อมูลในส่วนที่ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอกองทุนพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

**5.3 หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ**

5.3.1 จัดทำแผนการขอรับการสนับสนุนค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษในการบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล) ส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.2 จัดทำแผนการขอรับการสนับสนุนงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ส่งสำนักงานสาขาเขต

5.3.3 เก็บข้อมูลภาระงานที่ให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ และระยะเวลาที่กำหนด ส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.4 เก็บข้อมูลคุณภาพการให้บริการ ตามหลักเกณฑ์/ตัวชี้วัด ที่กำหนด ส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.5 รายงานผลการดำเนินการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้านให้แก่สำนักงานสาขาเขต

**หมายเหตุ** หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง ให้ติดต่อผ่านสปสช.เขต

## 6. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามที่คณะทำงานพัฒนาวิชาการตติยภูมิเฉพาะด้าน (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และทารกแรกเกิด) และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

6.2 ติดตามคุณภาพของการให้บริการตามข้อมูลคุณภาพการให้บริการ ตามที่คณะทำงานพัฒนาวิชาการตติยภูมิเฉพาะด้าน (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และทารกแรกเกิด) และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

6.3 ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ตามรายงานที่หน่วยบริการรายงานมาให้สำนักงานเขต

6.4 วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามรายงานที่ได้รับ

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
ผู้จัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-mail address: panthep.k@nhso.go.th

7.2 ผู้ประสานงาน

7.2.1 บริการกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

นางอรวรรณ ไชยวรรณ
โทรศัพท์ 0 2141 4115
E-mail address: orawan.w@nhso.go.th

7.2.2 บริการกลุ่มโรคมะเร็ง

นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล
โทรศัพท์ 0 2141 4122
E-mail address: nonglak.b@nhso.go.th

7.2.3 บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และทารกแรกเกิด

นางจิรพันธุ์ จรัสภัทรโรจน์

โทรศัพท์ 0 2141 4121

E-mail address: jiraphan.j@nhso.go.th

7.2.4 บริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และการพัฒนาเครือข่าย

นางนฤมล สิริคุณาลัย

โทรศัพท์ 0 2141 4273

E-mail address: naruomon.s@nhso.go.th

# 17. การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## 1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

ตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2554 ในอัตรา 2,546.48 บาทต่อรายหัวประชากร และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติอนุมัติโครงสร้างการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ 7/2553 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2553 จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) ปีงบประมาณ 2554 ภายใต้แนวคิดหลักต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2553 เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

2.2 เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

## 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

3.1 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 757.39 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) โดยจ่ายดังนี้

3.1.1 จำนวน 696.13 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนโดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากร ของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ( $\pm$ 10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยทั้งประเทศ และให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามโครงสร้างอายุอีกครั้งโดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนจริง ณ เดือนมีนาคม 2554

3.1.2 จำนวน 61.26 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร

ที่ลงทะเบียนในอัตราต่อประชากรเท่ากัน สำหรับสาขาเขตนำร่องสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต (อปสข.)

3.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC) จำนวน 79.48 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) โดยปรับตามโครงสร้างอายุประชากรทุกสิทธิที่ระดับจังหวัด

3.3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป เป็นการบริหารกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต โดยครอบคลุมขอบเขตบริการผู้ป่วยในทั่วไป และเพิ่มเติมค่าบริการสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (กรณีที่มีเหตุอันควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วมีสิทธิเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นได้) การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในของแต่ละเขตให้หน่วยบริการตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2554 โดยกำหนดอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight : adjRW) ดังนี้

3.3.1 กรณีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่ซับซ้อน (DRG รหัส 02060) วันนอนไม่เกิน 1 วัน เป็นการให้บริการด้วยหน่วยบริการหรือหน่วยเคลื่อนที่จากหน่วยบริการอื่น จ่ายในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อครั้งรวมค่าเลนส์แก้วตาเทียมและไม่หักเงินเดือน

3.3.2 การใช้บริการนอกเขตให้มีการประกันอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่หักเงินเดือน

3.3.3 การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

3.3.4 การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละกองทุนผู้ป่วยในเขต โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของกลุ่มนั้นๆ และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขต

ได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน 9,000 บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

3.3.5 การบริหารการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ มอบให้ สปสช.เขต โดยความเห็นชอบของ อปสข. กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้นได้ โดยให้มีการปิดยอดการจ่าย Global budget อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และต้องจ่ายให้หมดกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และหากมีเงินเหลือให้ อปสข. พิจารณาจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้

3.4 การบริหารงบค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ เป็นงบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการประจำที่ตั้งในพื้นที่ที่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการลงทุน แต่จำเป็นต้องมีหน่วยบริการ ทำให้มีต้นทุนบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปมาก โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ ดังนี้

3.4.1 เป็นหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่มีเงื่อนไขอย่างน้อยดังนี้

1) ตามการกำหนดพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข โดยอนุโลมให้ใช้ตามการกำหนดพื้นที่ของปีงบประมาณ 2552-2553
2) หน่วยบริการประจำที่มีประชากรลงทะเบียนน้อยกว่า 30,000คน ในจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง
3) หน่วยบริการประจำบางแห่งในจังหวัดชายแดนไทย-พม่า

ทั้งนี้ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังเป็นผู้พิจารณารายชื่อหน่วยบริการที่จะได้รับค่าบริการรายการนี้

3.4.2 แนวทางจ่ายให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนระดับ CUP ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10 – 120 เตียง และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน

3.5 การหักเงินเดือนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่าง สปสช. กับ สป.สธ. พัฒนาข้อเสนอแนวทางการหักเงินเดือนของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดยให้คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามความเหมาะสมและให้ได้จำนวนเงินรวมเท่าที่ สปสช.กำหนด และให้เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งให้มีข้อสังเกตของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบ

การเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบการพิจารณา

3.6 จัดระบบการจัดสรรเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) ปีละ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2553 ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม 2554 ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน 2554 ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม 2554

ทั้งนี้ในการจัดสรรเงินล่วงหน้า สปสช. อาจปรับการยอดการจัดสรรได้ตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากประมาณการผลงานที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2554

## 4. หลักเกณฑ์การคำนวณเงินจัดสรรให้หน่วยบริการ

ในการจัดสรรเงินได้กำหนดวิธีการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) โดยใช้วิธีการประมาณการวงเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับในปีงบประมาณ 2554 โดยอ้างอิงตามผลการให้บริการในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อให้มีงบดำเนินการล่วงหน้า สำหรับงบค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ ใช้วิธีการคำนวณวงเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับจริง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 4.1 การคำนวณเงินจัดสรรล่วงหน้า

**4.1.1 การบริการผู้ป่วยนอก (OP)** ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1.1 และ 3.1.2 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร การคำนวณจัดสรรล่วงหน้าใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ (point) เดือนกรกฎาคม 2553 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2554 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

**4.1.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC)** ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (Age adjusted capitation) ที่ระดับจังหวัด จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร การคำนวณจัดสรรล่วงหน้าใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ (point) เดือนกรกฎาคม 2553 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2554 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

**4.1.3 การบริการผู้ป่วยใน (IP)** คำนวณจัดสรรล่วงหน้าตามน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วย (adjRW) ตาม DRG version 4.0 ของปีงบประมาณ 2553 โดยใช้ข้อมูลการให้บริการจริง 6

เดือน (ตุลาคม 2552-มีนาคม 2553) เพื่อประมาณการ และปรับข้อมูลน้ำหนักบริการให้เป็นยอดทั้งปี โดยวงเงินผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยนอกเขตคำนวณจ่ายอัตรา 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ส่วนวงเงินผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันคำนวณจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 7,700 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

**4.1.4 งบค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ** จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการประจำที่ตั้งในพื้นที่ที่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการลงทุนแต่จำเป็นต้องมีหน่วยบริการ ทำให้มีต้นทุนบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปมาก โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร มีประชากรลงทะเบียนน้อยกว่า 30,000ในจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง และหน่วยบริการประจำบางแห่งในจังหวัดชายแดนไทย-พม่า ทั้งนี้ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังเป็นผู้พิจารณารายชื่อหน่วยบริการที่จะได้รับค่าบริการรายการนี้ แนวทางจ่ายให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนระดับ CUP ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10 – 120 เตียง และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน

**4.1.5 การหักเงินเดือน** การจัดสรรเงินล่วงหน้าและการจัดสรรเงินจริงตามผลการดำเนินงาน จะหักเงินเดือนจำนวน 27,339,158,756.30 บาท ซึ่งจำนวนเงินเดือนดังกล่าวเป็นการคำนวณวงเงินภายใต้หลักการ ดังนี้

1) จำนวนเงินเดือนที่หักในอัตราร้อยละ 60 ของจำนวนเงินเดือนตามฐานข้อมูลเงินเดือนของหน่วยบริการ (ข้อมูลตาม จ.18) ปีงบประมาณ 2552 ปรับให้เท่ากับจำนวนที่ถูกหักจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 = 26,950,174,200 บาท

2.) หักเงินเดือนเพิ่ม จำนวน 388,984,556.30 บาท เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนในการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ตามแนวทาง หลักเกณฑ์ และวิธีการจ่ายที่ สปสช.กำหนดและหากไม่สามารถจ่ายตามแนวทาง หลักเกณฑ์ และวิธีการจ่ายที่ สปสช.กำหนด ให้จัดสรรงบที่หักเพิ่มนี้กลับคืนไปยังหน่วยบริการ

## 4.2 การจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานให้หน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดทำข้อมูลการจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานในระหว่างปีตามฐานประชากร (point) ที่เปลี่ยนแปลง และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjRW) ที่เกิดขึ้นตามการให้บริการจริงของหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2554 เพื่อปรับให้เป็นไปตามผลงานจริงของหน่วยบริการ ดังนี้

**4.2.1 การบริการผู้ป่วยนอก (OP)** คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1.1 และ3.1.2 โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

**4.2.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC)** คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (Age adjusted capitation) ที่ระดับจังหวัด โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

**4.2.3 การบริการผู้ป่วยใน (IP)** คำนวณตามน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วย (adjRW) ตามDRG version 4.0 ของปีงบประมาณ 2554 โดยคำนวณอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันที่อัตราระดับเขตที่คำนวณได้ ส่วนอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยนอกเขตคำนวณอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

## 5. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน


5.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน
โทรศัพท์ 02-141-5028
E-mail address : karoon.k@nhso.go.th

5.2 ผู้ประสานงาน

นายธวัชชัย เรืองโรจน์
โทรศัพท์ 02-141-4173
E-mail address : tawatchai.r@nhso.go.th

นางสาวพิมพ์วสา ศรีเมือง
โทรศัพท์ 02-141-4228
E-mail address : pimvasa.s@nhso.go.th

นายวัชรินทร์ กือเย็น
โทรศัพท์ 02-141-4226
E-mail address : watcharin.k@nhso.go.th

# 18. การจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

## 1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

การบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน ปีงบประมาณ 2554 กำหนดภายใต้แนวคิดหลักต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2553 เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

2.2 เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

## 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

3.1 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 757.39 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) โดยจ่ายดังนี้

3.1.1 จำนวน 696.13 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนโดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากร ของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ($\pm$ 10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยทั้งประเทศ และให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามโครงสร้างอายุอีกครั้งโดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนจริง ณ เดือนมีนาคม 2554

3.1.2 จำนวน 61.26 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อประชากรเท่ากัน สำหรับสาขาเขตนำร่องสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต (อปสข.)

3.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC) จำนวน 79.48 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) โดยปรับตามโครงสร้างอายุประชากรทุกสิทธิที่ระดับจังหวัด

3.3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป เป็นการบริหารกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต โดยครอบคลุมขอบเขตบริการผู้ป่วยในทั่วไป และเพิ่มเติมค่าบริการสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (กรณีที่มีเหตุอันควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วมีสิทธิเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นได้) การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในของแต่ละเขตให้หน่วยบริการตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2554 โดยกำหนดอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight : adjRW) ดังนี้

3.3.1 กรณีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่ซับซ้อน (DRG รหัส 02060) วันนอนไม่เกิน 1 วัน เป็นการให้บริการด้วยหน่วยบริการหรือหน่วยเคลื่อนที่จากหน่วยบริการอื่น จ่ายในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อครั้งรวมค่าเลนส์แก้วตาเทียมและไม่หักเงินเดือน

3.3.2 การใช้บริการนอกเขตให้มีการประกันอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่หักเงินเดือน

3.3.3 การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

3.3.4 การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละกองทุนผู้ป่วยในเขต โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของกลุ่มนั้นๆ และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน 9,000 บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

3.3.5 การบริหารการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ มอบให้ สปสช.เขต โดยความเห็นชอบของ อปสข. กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้นได้ โดยให้มีการปิดยอดการจ่าย Global budget อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และต้องจ่ายให้หมดกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และหากมีเงินเหลือให้ อปสข. พิจารณาจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้

3.4 หน่วยบริการภาครัฐและหน่วยบริการภาคเอกชนทุกแห่งจัดสรรเงินในรูปแบบ Exclusive capitation คือ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่แยกงบบริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคจัดสรรให้หน่วยบริการโดยตรง ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ส่วนงบการบริการป่วยใน จัดสรรตามน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วย (adjRW) ตามDRG version 4.0 ที่เกิดขึ้นจากการบริการจริงโดยคำนวณ DRGs with Global Budget ระดับเขต

3.5 จัดให้มีระบบการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) ในงบการบริการผู้ป่วยนอก (OP) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC) และงบการบริการผู้ป่วยใน (IP) โดยทดรองจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 25 ของวงเงินประมาณการรายรับที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2553 และคำนวณจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานเป็นรายเดือน สำหรับเขตนำร่องสามารถกำหนดระบบการจัดสรรเงินภายในเขตได้ตามที่เขตนำร่องกำหนด

## 4. หลักเกณฑ์การคำนวณเงินจัดสรรให้หน่วยบริการ

ในการจัดสรรเงินได้กำหนดวิธีการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) โดยใช้วิธีการประมาณการวงเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับในปีงบประมาณ 2554 โดยอ้างอิงตามผลการให้บริการในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อให้มีงบดำเนินการล่วงหน้า และคำนวณจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานเป็นรายเดือน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 4.1 การคำนวณเงินจัดสรรล่วงหน้า (Prepaid)

**4.1.1 การบริการผู้ป่วยนอก (OP)** ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร การคำนวณจัดสรรล่วงหน้าใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ (point) เดือนกรกฎาคม 2553 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วย

บริการใหม่ในปีงบประมาณ 2554 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

**4.1.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC (P&P Expressed demand services-UC)** ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (Age adjusted capitation) ที่ระดับจังหวัด จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร การคำนวณจัดสรรล่วงหน้าใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ (point) เดือนกรกฎาคม 2553 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2554 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

**4.1.3 การบริการผู้ป่วยใน (IP)** คำนวณจัดสรรล่วงหน้าตามน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วย (adjRW) ตามDRG version 4.0 ของปีงบประมาณ 2553 โดยใช้ข้อมูลการให้บริการจริง 6 เดือน (ตุลาคม 2552-มีนาคม 2553) เพื่อประมาณการ และปรับข้อมูลน้ำหนักบริการให้เป็นยอดทั้งปี คำนวณวงเงินผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันคำนวณจ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เบื้องต้น 7,700 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ ส่วนวงเงินผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยนอกเขตคำนวณจ่ายอัตรา 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

- สำหรับหน่วยบริการที่เข้าโครงการใหม่ในปีงบประมาณ 2554 และไม่เคยส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในตามระบบที่กำหนด จะคำนวณโดยเทียบเคียงข้อมูลกับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน และมีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน
- สำหรับหน่วยบริการบางแห่งที่มีผลการดำเนินงานด้านการบริการผู้ป่วยในไม่มาก หรือมีการให้บริการที่ไม่ต่อเนื่อง โดยพิจารณาผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 (ตุลาคม 2552-พฤษภาคม 2553) สำนักงานฯ จะไม่คำนวณจัดสรรล่วงหน้าให้ แต่จะจัดสรรให้ตามผลงานจริงที่ส่งข้อมูลในปีงบประมาณ 2554

4.1.4 นำยอดเงินจากการคำนวณในข้อ 4.1.1 – 4.1.3 รวมเป็นยอดเงินประมาณการที่ต้องจัดสรรให้กับหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการภาครัฐจะถูกหักเงินเดือนตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯกำหนด ส่วนหน่วยบริการเอกชนไม่หักเงินเดือน

### 4.2 การจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานให้หน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการคำนวณเงินจัดสรรจริงตามผล

การดำเนินงานของหน่วยบริการที่ทำได้จริง โดยจะคำนวณเป็นรายเดือน ซึ่งมีรายละเอียดการคำนวณจัดสรร ดังนี้

**4.2.1 การบริการผู้ป่วยนอก (OP)** คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1 โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

**4.2.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดสิทธิ UC** (P&P Expressed demand services-UC) คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (Age adjusted capitation) ที่ระดับจังหวัด โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

**4.2.3 การบริการผู้ป่วยใน (IP)** คำนวณตามน้ำหนักการให้บริการผู้ป่วย (adjRW) ตามDRG version 4.0 ของปีงบประมาณ 2554 โดยคำนวณอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันที่อัตราระดับเขตที่คำนวณได้ ส่วนอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยนอกเขตคำนวณอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

4.2.4 นำยอดเงินจากการคำนวณในข้อ 4.2.1 – 4.2.3 รวมเป็นยอดเงินประมาณการที่ต้องจัดสรรให้กับหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการภาครัฐจะถูกหักเงินเดือนตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯกำหนด ส่วนหน่วยบริการเอกชนไม่หักเงินเดือน

## 5. การโอนเงินจัดสรรล่วงหน้าและจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการโอนเงินจัดสรรล่วงหน้าและเงินจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน ปีงบประมาณ 2554 ตามตารางกำหนดการจัดสรรเงิน ดังนี้

| เดือน | การจัดสรรล่วงหน้า | | | การจัดสรรตามผลงานจริง | | การหักคืนเงินจัดสรรล่วงหน้า | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OP | PP Expressed Demand | IP | OP,PP Expressed Demand | IP | OP,PP Expressed Demand | IP |
| ตุลาคม 2553 | 25% | 25% | 25% | - | - | - | - |
| พฤศจิกายน 2553 | - | - | - | ตุลาคม 2553 | - | แบ่งหัก 10 | - |
| ธันวาคม 2553 | - | - | - | พฤศจิกายน2553 | - | งวดๆ ละ | - |
| มกราคม 2554 | - | - | - | ธันวาคม 2553 | ตุลาคม 2553 | เท่า ๆ กันของ | แบ่งหัก 8 |
| กุมภาพันธ์ 2554 | - | - | - | มกราคม 2554 | พฤศจิกายน2553 | ยอดเงินที่ | งวดๆ ละ |
| มีนาคม 2554 | - | - | - | กุมภาพันธ์ 2554 | ธันวาคม 2553 | จัดสรรล่วง | เท่า ๆ กัน |
| เมษายน 2554 | - | - | - | มีนาคม 2554 | มกราคม 2554 | หน้า โดยจะ | ของยอดเงิน |
| พฤษภาคม 2554 | - | - | - | เมษายน 2554 | กุมภาพันธ์ 2554 | เริ่มหักจากผล | ที่จัดสรร |
| มิถุนายน 2554 | - | - | - | พฤษภาคม 2554 | มีนาคม 2554 | งานจริง | ล่วงหน้า โดย |
| กรกฎาคม 2554 | - | - | - | มิถุนายน 2554 | เมษายน 2554 | เดือนต.ค. 53 | จะเริ่มหัก |
| สิงหาคม 2554 | - | - | - | กรกฎาคม 2554 | พฤษภาคม 2554 | –ก.ค. 54 หรือ | จากผลงาน |
| กันยายน 2554 | - | - | - | สิงหาคม 2554 | มิถุนายน 2554 | จนกว่าจะหัก | จริง |
| ตุลาคม 2554 | - | - | - | กันยายน 2554 | กรกฎาคม 2554 | หนี้หมด | เดือนต.ค. 53 |
| พฤศจิกายน 2554 | - | - | - | - | สิงหาคม 2554 | | –พ.ค. 54 |
| ธันวาคม 2554 | - | - | - | - | กันยายน 2554 | | หรือจนกว่า |
| | | | | | | | จะหักหนี้ |
| | | | | | | | หมด |

**หมายเหตุ** เขตนำร่องสามารถกำหนดระบบการจัดสรรเงินภายในเขตได้ตามที่เขตนำร่องกำหนด

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 6.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์<br>ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน<br>โทรศัพท์ 02-141-5028<br>E-mail address : karoon.k@nhso.go.th |
| 6.2 ผู้ประสานงาน | นายธวัชชัย เรืองโรจน์<br>โทรศัพท์ 02-141-4173<br>E-mail address : tawatchai.r@nhso.go.th |
| | นางสาวพิมพ์วสา ศรีเมือง<br>โทรศัพท์ 02-141-4228<br>E-mail address : pimvasa.s@nhso.go.th |
| | นายวัชรินทร์ กือเย็น<br>โทรศัพท์ 02-141-4226<br>E-mail address : watcharin.k@nhso.go.th |

# ส่วนที่ 3

## การบริหารจัดการ
## งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช
## ปีงบประมาณ 2554

# การบริหารจัดการ งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2554

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการ และมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในปี 2554 โดยการยกเลิกกรณีบริการผู้ป่วยที่นอนพักรักษาไม่เกิน 15 วันให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ ซึ่งจากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมาสามารถให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชได้ในระดับหนึ่ง และเมื่อประกอบกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ระบุว่าการที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้นจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนหรือผู้อื่น สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เพื่อกำหนดกระบวนการในการให้การบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม

ในปีงบประมาณ 2554 รัฐได้ตระหนักถึงเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 จึงสนับสนุนงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว และในเบื้องต้นจะเป็นการจัดทำงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับบริการที่จำเป็นต้องปรับมาตรฐานการให้บริการ (โดยงบประมาณจะไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการในรายการงบประมาณอื่นๆ) และในปีต่อๆ ไปให้จัดทำงบประมาณครอบคลุมการบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจรของการดูแลผู้ป่วย

งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชปีงบประมาณ 2554 มีกรอบแนวทางการบริหาร 2 รายการ ดังนี้

1) ยา Risperidone เฉพาะผู้ป่วยจิตเวช

2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

# 1. ยาจิตเวช Risperidone

## 1. ความเป็นมา

จากการสำรวจข้อมูลเพื่อคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชน ประกอบกับข้อเสนอจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์ และสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต พบว่าในปัจจุบัน มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดประมาณ 12 ล้านคน โดยแบ่งเป็น โรคจิตเภท ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 (หรือประมาณ 300,000 – 600,000 คน) โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1-2 (หรือประมาณ 600,000 – 1.2 ล้านคน) โรคอารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 0.4 (หรือประมาณ 240,000 คน) โดยผู้ป่วยเหล่านี้ มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านจิตเวชศาสตร์ โดยเฉพาะบริการด้านยาเพียงร้อยละ 4 (หรือประมาณ 480,000 คน) เท่านั้น

จากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 13/2551 วันที่ 15 ธันวาคม 2551 มีมติ เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วยจิตเวช โดยเห็นควรให้บรรจุยา Risperidone (แบบเม็ดธรรมดา) และ Sertraline เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ และให้ สปสช. ประสานคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อเร่งพิจารณาบรรจุยาทั้ง 2 รายการดังกล่าวเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้เริ่มดำเนินการเป็นโครงการนำร่องในปี 2552 ตามศักยภาพ ขณะเดียวกันได้ มอบคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการพิจารณาปรับปรุงบริการของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวในรายการยาจิตเวช Risperidone เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Phychotic disorder) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการทางจิตร่วม (Biplola disorder with psychosis) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการทางจิตร่วม (Severe depressive episode with psychotic symptoms or recurrent depressive disorder with current episode severe with psychotic symptoms) ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (Behavioral and psychiatric symptoms in Dementia: BPSD) ผู้ป่วย Autistic and Other pervasive developmental disordes (PDD) \โดยจัดหายา Risperidone ขนาด 1 และ 2 mg เพื่อชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการด้านจิตเวช ตามเงื่อนไขที่กำหนด

## 2. สิทธิประโยชน์

ยาที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิว่าง คือ ยา Risperidone ขนาด 1 mgต่อเม็ด และยา Risperidone ขนาด 2 mgต่อเม็ด

| รายการยา | คุณสมบัติเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่จะใช้ยา Risperidone |
|---|---|
| Risperidone 1 mg tablet<br>Risperidone 2 mg tablet | 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับยากลุ่ม Typical antipsychotic แล้วมีอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มเดิม เช่น Severe EPS, Tardive dyskinesia, Neuroleptic malignant syndrome<br>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับยากลุ่ม Typical antipsychotic 2 ขนานแล้ว ไม่ตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยขนาดยาได้เทียบเท่าขนาด 1,000 mg ของ Chlorpromazine อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์<br>3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ไม่สามารถใช้ Clozapine เพราะผลข้างเคียงเช่น agranulocytosis หรือไม่ร่วมมือการตรวจเลือด<br>4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น (Negative symptoms)<br>5. ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องควบคุมอาการโรคจิตจากอาการอื่นๆ ได้แก่ Organic mental disorders เช่น Dementia with BPSD |

## 3. เงื่อนไขการรับบริการ

3.1 ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิว่าง ที่มีอาการหรือโรครวมถึงมีผลการวินิจฉัยหรือรักษาตรงตามข้อบ่งใช้ที่กำหนด

**ตารางที่ 9** แสดงข้อบ่งใช้กรณียา Risperidone 1 mg tablet และ Risperidone 2 mg tablet

| ข้อบ่งใช้ Risperidone | ICD-10 Code |
|---|---|
| 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับยากลุ่ม Typical antipsychotic แล้วมีอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มเดิม เช่น Severe EPS, Tardive dyskinesia, Neuroleptic malignant syndrome<br>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับยากลุ่ม Typical antipsychotic 2 ขนานแล้วไม่ตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยขนาดยาได้เทียบเท่าขนาด 1,000 mg ของ Chlorpromazine อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์<br>3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ไม่สามารถใช้ Clozapine เพราะผลข้างเคียงเช่น agranulocytosis หรือไม่ร่วมมือการตรวจเลือด<br>4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบเด่น (Negative symptoms)<br>5. ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องควบคุมอาการโรคจิตจากอาการอื่นๆ ได้แก่ Organic mental disorders เช่น Dementia with BPSD | F20.0 Paranoid schizophrenia<br>F20.1 Hebephrenic schizophrenia<br>F20.2 Catatonic schizophrenia<br>F20.3 Undifferentiated schizophrenia<br>F20.4 Post-schizophrenic depression<br>F20.5 Residual schizophrenia<br>F20.6 Simple schizophrenia<br>F20.9 Schizophrenia, unspecified<br>F22.0 Delusional disorder<br>F22.8 Other persistent delusional disorders<br>F22.9 Persistent delusional disorder, unspecified<br>F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia<br>F23.1 Acute polymorphic psychoticdisorder with symptoms of schizophrenia<br>F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder<br>F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders<br>F23.8 Other acute and transient psychotic disorders<br>F25.0 Schizoaffective disorder, manic type<br>F25.1 Schizoaffective disorder, depressive type<br>F25.2 Schizoaffective disorder, mixed type<br>F25.8 Other schizoaffective disorders<br>F25.9 Schizoaffective disorder, unspecified<br>F30.2 Mania with psychotic symptoms<br>F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms<br>F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms<br>F31.6 Bipolar affective disorder, current episode mixed<br>F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms<br>F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms |

3.2 การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในข้อ 3.1 ดังกล่าว มีเงื่อนไขเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

3.2.1 กรณีเป็นการสั่งใช้ยาครั้งแรก กรณีที่เป็นการสั่งใช้ยาครั้งแรกของผู้ป่วย ต้องสั่งใช้ยา โดยจิตแพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ (ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบ OPD จิตเวช แพทย์ผู้ผ่านการอบรมของกรมสุขภาพจิต แพทย์ผู้มีประสบการณ์การใช้ยานี้อย่างน้อย 3 ปี แพทย์ในเครือข่ายจิตเวชที่ได้รับการอนุมัติ)

3.2.2 กรณีเป็นการสั่งใช้ยาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับข้อ 3.2.1 และแพทย์ผู้ผ่านการอบรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2554 จะจัดอบรมให้แพทย์กลุ่มดังกล่าวต่อไป

## 4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

## 5. ระบบการชดเชยยาจิตเวช

5.1 เพื่อให้การเข้าถึงยา จิตเวช ของผู้ป่วยมีความสะดวกยิ่งขึ้น สปสช. ได้จัดสรรยาจิตเวช ให้แก่หน่วยบริการสำรองยาในเบื้องต้น 3 เดือน โดยพิจารณาจากอัตราการใช้ยาต่อเดือนที่หน่วยบริการแจ้งมา ซึ่งหน่วยบริการสามารถขอชดเชยยาคืนได้ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.2 ผู้ป่วยพบจิตแพทย์/แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ วินิจฉัย/จ่ายยา โดยในกรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งกลับผู้ป่วยให้ไปรับยาจากหน่วยบริการใกล้บ้าน ที่มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามข้อกำหนดของ สปสช. หน่วยบริการใกล้บ้านก็สามารถเบิกยาจิตเวช จากสปสช.ได้เช่นกัน

5.3 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา (ยาจิตเวช) และส่งข้อมูลให้แก่สปสช. โดยหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกยาจิตเวชได้ทุกวัน

5.4 ระบบจะตัดยอดข้อมูลที่สะสมไว้ที่ส่วนกลางเพื่อส่งระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันที่ 20 ของเดือน

5.5 องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยาจิตเวชภายในสิ้นเดือนนั้น

ทั้งนี้ หน่วยบริการสามารถ Download โปรแกรมเบิกยาจิตเวช และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

เข้าสู่ Website : www.nhso.go.th

กดเลือก “บริการข้อมูล”

เลือกหัวข้อ “Download/เอกสารบรรยาย

เลือกหัวข้อย่อย “Download”

กดเลือก Download “โปรแกรมเบิกยาจิตเวช”

## 6. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

| | |
|---|---|
| 6.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม | เภสัชกรหญิงปนัดดา ลี่สถาพรวงศา<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-1414198 , 084-7001664<br>Email address : panadda.l@nhso.go.th |
| 6.2 ผู้ประสานงาน | เภสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกูล<br>กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สปสช.<br>โทรศัพท์ : 02-141429, 085-4875037,<br>โทรสาร : 02-1439730-31<br>Email address : somruethai.s@nhso.go.th |

# 2. งบพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

## 1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2553 เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2553 ให้มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตามเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.2 สนับสนุนการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

## 3. กรอบการบริหารงบประมาณ

งบพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 17,000,000 บาท จัดสรรสำหรับดำเนินการต่างๆ ดังนี้

3.1 จัดสรรให้ศูนย์พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ (Training Center) เพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการภายในเขตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.2 จัดสรรให้เครือข่ายบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

3.3 พัฒนาระบบสนับสนุนบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

3.4 กลุ่มเป้าหมายของการจัดสรรงบกองทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย <u>ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น</u>

## 4. แนวทางการสนับสนุน / หลักเกณฑ์การจัดสรรงบกองทุน

4.1 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบกองทุนพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

4.1.1 การจัดให้มีศูนย์พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ (Training Center) โดยสนับสนุนงบประมาณวงเงิน 2,600,000 บาท ซึ่งหน่วยงาน/หน่วยบริการที่จะเป็นศูนย์พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ ต้องเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ (UHOSNET) เป็นต้น มีหน้าที่พัฒนาศักยภาพการบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย และหน่วยบริการอื่นๆ ภายในเขต ทั้งด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการ แนวทางการรักษา และแนวทางการจัดระบบบริการ ตลอดจนข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และการดำเนินการด้านวิชาการอื่นๆ เช่น การพัฒนาแบบประเมิน แบบคัดกรอง การพัฒนาแนวทางการรักษา เป็นต้น รวมทั้งมีหน้าที่ในการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ

4.1.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช[1] ในรูปแบบเครือข่าย วงเงินงบประมาณรวม 11,700,000 บาท ซึ่งประกอบด้วย

1) หน่วยบริการที่เป็นแม่ข่าย เป็นโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ หรือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือ กุมารแพทย์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรม สามารถให้บริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชได้ มีหน้าที่ในการดูแลหน่วยบริการที่เป็นลูกข่าย พัฒนาระบบการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในชุมชน และดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ
2) หน่วยบริการที่เป็นลูกข่าย มีหน้าที่รับผู้ป่วยกลับมารับการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชน และครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

4.1.3 กิจกรรมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการอื่นๆ ในวงเงินงบประมาณไม่เกิน 2,700,000 บาท

[1] ผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

## 5. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

5.1 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.1 กำหนดกรอบการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

5.1.2 ประสานกรมสุขภาพจิต เลือกหน่วยงาน/หน่วยบริการ ที่จะเป็นศูนย์พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ ระดับเขต

5.1.3 สนับสนุนและติดตามการดำเนินงานของ สำนักงานเขตในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

5.1.4 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม

5.1.5 รวบรวมวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและจัดทำข้อเสนอ

5.2 สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี

สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคประชาชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช

5.3 สำนักงานเขต

5.3.1 ร่วมจัดทำแผนการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

5.3.2 ประสาน ทำความเข้าใจระดับพื้นที่ และพิจารณาความพร้อมของหน่วยบริการที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

5.3.3 ติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในระดับเขต

5.4 หน่วยบริการ

5.4.1 เข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

## 6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

6.2 ติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย ซึ่งมีเกณฑ์ชี้วัดดังต่อไปนี้

6.2.1 มีคณะทำงานของเครือข่าย ดูแลเรื่องการบริหารจัดการและวิชาการ ภายในเครือข่าย

6.2.2 มีรายชื่อแม่ข่าย ลูกข่าย พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแม่ข่ายและลูกข่าย

6.2.3 มีแผนการพัฒนาเครือข่าย ทั้งด้านระบบบริหารจัดการ และการพัฒนาศักยภาพการให้บริการ

6.2.4 เครือข่ายหน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการ จากศูนย์พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ (Training center)

6.2.5 มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับเครือข่าย

6.2.6 มีแนวทางการดูแล การส่งต่อ ส่งกลับร่วมกันในเครือข่าย

6.2.7 มีผลการติดตามการดำเนินงานภายในเครือข่าย

6.2.8 มีสรุปผลการดำเนินงานของเครือข่าย

6.3 วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานตามข้อมูลที่ได้รับ

## 7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน


7.1 ผู้บริหารระบบในภาพรวม

นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 5033
E-Mail address : panthep.k@nhso.go.t

7.2 ผู้ประสานงาน

นางปิยพร ปิยะจันทร์
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4118
E-Mail address : piyaporn.p@nhso.go.th

นางสาวสาวิตรี ภิรมย์กิจ
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
โทรศัพท์ 0 2141 4123
E-Mail address : sawitree.p@nhso.go.th

# ภาคผนวก 1

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2554
มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 7/2553 วันที่ 12 กรกฎาคม 2553

# การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554

## แนวคิดการบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2554 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณจำนวน 5 รายการ คือ 1) งบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) 2) งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4)งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 5) งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช[1]

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 กำหนดภายใต้แนวคิดหลักต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2553 เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังนี้

1. **การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสุขภาพ** โดยให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ กำหนดระบบการจ่ายค่าบริการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการ สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบการบริการในเขตพื้นที่ให้มีการจัดบริการสุขภาพอย่างครบถ้วน การคุ้มครองการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด (สปสช.สาขาจังหวัด) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) และให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางรายการเพื่อมิให้เป็นข้อจำกัดของหน่วยบริการในการให้บริการแก่ประชาชน เช่น ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เป็นต้น

[1] ตามร่าง พรบ.งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีการปรับชื่องบรายการที่ ๓ และ ๔ ใหม่

**2. การให้ประชาชนได้รับบริการต่อเนื่อง ครบถ้วนอย่างเป็นระบบ** เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดหรือชะลอความรุนแรงของโรค โดยการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ จึงให้มีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Case management of special disease and services) ในโรคที่มีการเข้าถึงบริการต่ำ โรคที่ต้องได้รับบริการเร่งด่วน และโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

**3. การเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เนื่องจากบริการดังกล่าวต้องมีการบริหารทางด้านอุปสงค์ โดยการกระตุ้นให้มีการใช้บริการมากขึ้น การจ่ายงบทั้งหมดแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการโดยตรงไม่สร้างแรงจูงใจให้มีการบริการบางกิจกรรมเท่าที่ควร ประกอบกับในแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเร่งรัดเป็นการเร่งด่วนที่แตกต่างกัน จึงจัดให้มีการจ่ายตามผลงานบริการและการจัดสรรให้กับ สปสช.สาขาจังหวัด/สปสช.เขต/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับบริการที่เป็นปัญหาเฉพาะของชุมชน

**4. การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ** เพื่อให้หน่วยบริการมีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเพิ่มผลงานบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรในการให้บริการ จึงมีการจัดงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เฉพาะ การจ่ายงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน และการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับผู้รับและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการประกันว่าประชาชนควรจะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเหมาะสม

**5. การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการแพทย์โดยชุมชน

**6. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน โดย**

6.1 การสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีการจัดบริการ

ให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางรายการให้ สปสช.เขต โดยในปีงบประมาณ 2553 มีการนำร่องในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 9-นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร และในปีงบประมาณ 2554 มีดำเนินการนำร่องต่อเนื่องใน 2 เขตเดิม และเพิ่มเติม สปสช.เขตนำร่องอีกจำนวนหนึ่งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

6.2 ลดขั้นตอนในการดำเนินงาน โดยกำหนดให้การบริหารกองทุนในระดับ สปสช.สาขาจังหวัด/สปสช.เขต ถ้ามีแผนงานโครงการใดจะมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐร่วมดำเนินโครงการ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พิจารณาอนุมัติโครงการของหน่วยงานนั้น และใช้โครงการที่ได้รับอนุมัติเป็นหลักฐานการจ่าย โดยไม่ต้องทำข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการก็ได้ แต่ทั้งนี้ เงื่อนไขการจ่ายและการประชาสัมพันธ์ในการดำเนินโครงการ หน่วยงานต้องปฏิบัติตามรายละเอียดที่ สปสช.กำหนด

6.3 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้สถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ หรือหน่วยงานมีส่วนร่วมให้บริการได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สปสช.กำหนด โดยให้สถานบริการหรือหน่วยงานนั้นทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับ สปสช.

**7. รายละเอียดการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554** ให้เป็นไปตามประกาศหรือคู่มือแนวทางปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2554 มีแนวทางการบริหารงบประมาณ ดังนี้

# งบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว)

## 1. โครงสร้างงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2554

ปีงบประมาณ 2554 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณ ในส่วนของงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำหรับการจัดบริการประเภทต่างๆ ค่าเสื่อมจากการให้บริการและการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยได้รับการจัดสรรงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 2,546.48 บาทต่อประชากร[2] ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม สำหรับประชากรผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 47.9966 ล้านคน[3]

งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว กำหนดให้ใช้ในรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

---

[2] บาทต่อประชากร หมายถึง จำนวนบาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[3] จากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๓ อนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๕๔ โดยในส่วนงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ได้ที่อัตรา ๒,๕๔๖.๔๘ บาทต่อประชากร ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ ๔๗.๙๙๖๖ ล้านคน และสำหรับค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม ให้ศึกษา วิเคราะห์ถึงวัตถุประสงค์การจ่ายค่าตอบแทน กลุ่มบุคลากรและความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ โดยมีสำนักงาน ก.พ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย และให้สำนักงบประมาณจัดเตรียมวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวนหนึ่งไว้ในงบกลาง เมื่อได้ข้อยุติแล้ว จึงขอรับจัดสรรงบประมาณต่อไป

**ตารางที่ 1** โครงสร้างกรอบงบประมาณการบริหารงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 (บาทต่อประชากร)

| ประเภทบริการ | ปีงบประมาณ 2554 |
|---|---|
| 1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป | 795.39 |
| 2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป | 954.72 |
| 3. บริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ | 64.09 |
| 4. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง | 209.45 |
| 5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | 312.50 |
| 6. บริการทันตกรรมรักษาในเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ | 2.25 |
| 7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ | 12.00 |
| 8. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | 6.00 |
| 9. งบค่าเสื่อม | 148.69 |
| 10. งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ | 25.00 |
| 11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการตามมาตรา 41 | 2.68 |
| 12. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ | 0.97 |
| 13. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ | 11.24 |
| 14. งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน | 1.50 |
| **รวม (บาทต่อประชากร)** | **2,546.48** |

**หมายเหตุ** สำหรับปีงบประมาณ 2554 รายการที่ 2 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปเหมือนปีงบประมาณ 2553 และเพิ่มเติมผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ ผู้รับบริการตามมาตรา 7 การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน

## 2. การบริหารค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยในทั่วไป

**2.1 รูปแบบการบริหารงบประมาณบริการรักษาพยาบาล** ให้เป็นแบบแยกการบริหารระหว่างงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ทุกหน่วยบริการ

**2.2 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป**

2.2.1 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) จำนวน 757.39 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจ่ายดังนี้

1.1) จำนวน 696.13 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากร (ตารางที่ 2) ของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกันไม่เกินร้อยละ10 ( $\pm$ 10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยทั้งประเทศ และให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามโครงสร้างอายุอีกครั้ง โดยใช้ข้อมูลจำนวน ประชากรที่ลงทะเบียนจริง ณ เดือนมีนาคม 2554

1.2) จำนวน 61.26 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อประชากรเท่ากัน สำหรับสาขาเขตนำร่องสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต (อปสข.)

2) จำนวน 38 บาทต่อประชากรของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนข้อมูลที่กำหนด ดังนี้

2.1) จำนวนไม่เกิน 23 บาทต่อประชากร จ่ายตามจำนวนข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลผู้รับบริการ

2.2) จำนวนไม่น้อยกว่า 15 บาทต่อประชากร จ่ายสำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด โดยเป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหัก

ชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการ ทั้งนี้การจ่ายให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

2.2.2 สำหรับเขตนำร่อง สามารถกำหนดแนวทางเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนดในข้อ 2.2.1 และต้องเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.)

**ตารางที่ 2** ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient)

| ประเภท | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 – 4 | 5 – 9 | 10 - 14 | 15 – 24 | 25 – 44 | 45 - 59 | 60 - 69 | ≥70 |
| บริการผู้ป่วยนอก | 0.954 | 0.518 | 0.386 | 0.293 | 0.805 | 1.525 | 3.102 | 4.774 |

**ที่มา** คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2547

### 2.3 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป (เป็นบริการผู้ป่วยในทั้งหมด ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากกองทุนซึ่งบริหารจัดการที่ส่วนกลาง) โดยในปีงบประมาณ 2554 จะครอบคลุมขอบเขตบริการผู้ป่วยในทั่วไป และเพิ่มเติมค่าบริการสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (กรณีที่มีเหตุอันควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วมีสิทธิเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นได้) การบริการกรณีตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง)[4] และผู้ป่วยในจิตเวชส่วนที่นอนเกิน 15 วัน ให้บริหารการจ่าย[5] ดังนี้

2.3.1 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 ให้บริหารการจ่ายด้วยระบบ DRG with global budget ระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ สปสช.เขต (กองทุนผู้ป่วยในระดับเขต) โดยปีงบประมาณ 2554 ใช้ระบบ DRG version 4.0

---

[4] ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ เป็นงบประมาณที่อยู่ในรายการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการเฉพาะโรค/ยาจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึงบริการ

[5] มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๓ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๓ ยกเลิกเพดานกรณีผู้ป่วยในจิตเวชไม่เกิน ๑๕ วัน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ

2.3.2 กองทุนผู้ป่วยในระดับเขต จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็น Global budget ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับประชากรที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขต พื้นที่ของ สปสช.เขต ตามแนวทางดังนี้

1) ประมาณการผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRG version 4.0 ของแต่ละเขต (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมาย) โดยคำนวณมาจาก 2 ส่วน คือ

1.1) จำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมายสำหรับกรณีสำรองเตียง ให้ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (adjusted relative weight : adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554

1.2) จำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมาย กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีสำรองเตียง

1.2.1) ร้อยละ 75 ของจำนวนผลงานที่เป็นค่าผลรวมของ adjRW (ตาม workload) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2554 จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

1.2.2) ร้อยละ 25 ของจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐาน (relative weight : RW) ที่คำนวณมาจากค่า RW เฉลี่ยต่อประชากรตามโครงสร้างอายุเป็นค่าภาพรวมระดับประเทศ (ตารางที่ 3) คูณด้วยจำนวนประชากรรายกลุ่มอายุที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต(ตาม RW ต่อประชากรรายกลุ่มอายุ) จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

ทั้งนี้จะใช้แนวทางการประมาณการผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมายสำหรับคำนวณงบกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตในปีงบประมาณ 2555-2556 ตามแนวทางเดียวกันนี้ โดยให้มีการปรับสัดส่วนระหว่างปัจจัยการคำนวณ 2 ปัจจัยในแต่ละปี และให้มีการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปรับเปลี่ยนในปีงบประมาณ 2557

| ปีงบประมาณ | ตาม workload (sum adjRW) | ตาม RW ต่อ ปชก. รายกลุ่มอายุ |
|---|---|---|
| ปีงบประมาณ 2554 | 75% | 25 % |
| ปีงบประมาณ 2555 | 65 % | 35 % |
| ปีงบประมาณ 2556 | 55 % | 45 % |

2) ในปีงบประมาณ 2554 ตามแนวทางข้อ 2.3.2 ข้อย่อย 1) จะได้จำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 5,585,006 หน่วยน้ำหนัก ซึ่งเป็นสำหรับกรณีสำรองเตียงเท่ากับ 3,724 หน่วยน้ำหนัก กรณีการใช้บริการในเขตเท่ากับ 5,058,839 หน่วยน้ำหนัก และกรณีการใช้บริการนอกเขต เท่ากับ 522,443 หน่วยน้ำหนัก

3) จำนวนงบกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต คำนวนดังนี้

3.1) ผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมายกรณีสำรองเตียง และกรณีใช้บริการนอกเขต ให้คูณด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

3.2) ผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป้าหมายกรณีใช้บริการในเขต ให้คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

**ตารางที่ 3** ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานผู้ป่วยใน (RW) ตามโครงสร้างอายุประชากร จำแนกการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

| ประเภท | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 – 4 | 5 – 9 | 10 - 14 | 15 – 24 | 25 – 44 | 45 - 59 | 60 - 69 | ⩾70 |
| ใช้บริการในเขต | 0.085 | 0.032 | 0.029 | 0.055 | 0.069 | 0.119 | 0.242 | 0.369 |
| ใช้บริการนอกเขต | 0.011 | 0.004 | 0.004 | 0.007 | 0.008 | 0.012 | 0.020 | 0.019 |

**ที่มา** คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRG version 4.0 ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปี 2552 (ไม่รวมเด็กแรกเกิดทุกราย)

2.3.3 การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในของแต่ละเขตให้หน่วยบริการตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ 2554 โดยกำหนดอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight : adjRW) ดังนี้

1) กรณีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่ซับซ้อนที่ให้บริการโดยหน่วยบริการหรือหน่วยเคลื่อนที่จากหน่วยบริการอื่นทั้งการใช้บริการภายในเขตและการใช้บริการนอกเขต จ่ายในอัตราไม่เกิน 10,000 บาทต่อครั้งรวมค่าเลนส์แก้วตาเทียมและไม่หักเงินเดือน
2) การใช้บริการนอกเขต ให้มีการประกันอัตราจ่ายที่ 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่หักเงินเดือน
3) การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน
4) การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละกองทุนผู้ป่วยในเขต โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของกลุ่มนั้นๆ และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน 9,000 บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.
5) การบริหารการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ มอบให้ สปสช.เขต โดยความเห็นชอบของ อปสข. กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้นได้ โดยให้มีการปิดยอดการจ่าย Global budget อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และต้องจ่ายให้หมดกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และหากมีเงินเหลือให้ อปสข. พิจารณาจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้
6) การบริหารการจ่ายสำหรับกลุ่มกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกลุ่มกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ

2.3.4 ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกัน กรณีมีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่า 2) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5 เพื่อร่วมกันตรวจสอบและพัฒนาระบบการจัดบริการ

ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-claim เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRG รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554

### 2.4 การจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วย

2.4.1 สำหรับกรณีการส่งต่อเพื่อรับบริการผู้ป่วยนอก (ยกเว้นรายการที่กำหนดไว้เป็นบริการค่าใช้จ่ายสูงสำหรับบริการผู้ป่วยนอกซึ่งจะเบิกจากกองทุนค่าใช้จ่ายสูงที่บริหารลักษณะกองทุนกลาง) ให้หน่วยบริการที่ทำการรักษาพยาบาลเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามค่าใช้จ่ายจริง หรือในอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่รักษากับหน่วยบริการประจำ ซึ่งในปีงบประมาณ 2554 จะมีการนำร่องการจ่ายแบบร่วมจ่ายระหว่างงบกรณีบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัดที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. (ข้อ 2.2 ข้อย่อย 2.2.1) กับหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย โดย สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการทั้งนี้การจ่ายให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

2.4.2 สำหรับการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ให้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้ป่วยลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ 2.3

### 2.5 การจ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

เนื่องจากประชาชนอาจเกิดการเจ็บป่วยในกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในต่างพื้นที่ที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ ซึ่งไม่สามารถกลับมารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้สะดวก จึงให้สามารถไปใช้บริการที่หน่วยบริการอื่นได้ โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

2.5.1 การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำให้เบิกจ่ายที่หน่วยบริการประจำหรือกองทุนระดับจังหวัด (บริหารโดย สปสช.สาขาจังหวัด) แล้วแต่กรณี สำหรับการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดให้จ่ายจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลาง โดย สปสช. และจ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ

2.5.2 การใช้บริการผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดหรือนอกจังหวัดในเขตเดียวกับหน่วยบริการประจำ ให้จ่ายด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ของการใช้บริการในเขตจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยใน

ข้ามเขตให้จ่ายด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้ป่วยลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ

2.5.3 ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8) การเข้ารับบริการครั้งแรกให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายบริการจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. อัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยในให้เป็นไปตามระบบ DRG with global budget และอัตราจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก จ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ

2.5.4 บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการคลอดสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ กรณีเด็กแรกเกิดทุกราย ให้เบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนดไว้ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554

2.5.5 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง ดังนี้

1) ค่าบริการรับส่งต่อทางรถยนต์ เป็นไปตามระยะทาง
2) ค่าบริการรับส่งต่อทางเรือ เป็นไปตามประเภทเรือและระยะทาง อัตราจ่ายไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้งที่ส่งต่อ
3) ค่าบริการรับส่งทางอากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) อัตราจ่ายไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้งที่ส่งต่อ

ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช. กำหนดไว้ตามประเภทพาหนะและระยะทางในการเดินทาง รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2554

2.5.6 ปรับการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการตามมาตรา 7 และผู้รับบริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีการสำรองเตียง) ไปจ่ายด้วยกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตในข้อ 2.3

### 3. ค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ

เป็นงบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการประจำที่ตั้งในพื้นที่ที่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการลงทุนแต่จำเป็นต้องมีหน่วยบริการ ทำให้มีต้นทุนบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปมาก โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ ดังนี้

3.1 เป็นหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่มีเงื่อนไขอย่างหนึ่งอย่างใดอย่างน้อยดังนี้

3.1.1 ตามการกำหนดพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข โดยอนุโลมให้ใช้ตามการกำหนดพื้นที่ของปีงบประมาณ 2552-2553[6]

3.1.2 หน่วยบริการประจำที่มีประชากรลงทะเบียนน้อยกว่า 30,000 คน ในจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง

3.1.3 หน่วยบริการประจำบางแห่งในจังหวัดชายแดนไทย-พม่า

ทั้งนี้ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังเป็นผู้พิจารณาเงื่อนไขเพิ่มเติมและพิจารณารายชื่อหน่วยบริการที่จะได้รับค่าบริการรายการนี้

3.2 แนวทางจ่ายให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนระดับ CUP ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10-120 เตียง[7] และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุนดังนี้

3.2.1 คำนวณจ่ายเป็นค่า Fix cost ในสัดส่วนของบริการที่เกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยจ่ายจากงบรายการค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการพื้นที่เฉพาะ

3.2.2 คำนวณจ่ายเป็นค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยจ่ายจากงบประมาณรายการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ข้อ 2.2.1 ข้อย่อย 1) เฉพาะจำนวนประชากรลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำพื้นที่เฉพาะ และหากจ่ายตามสมการต้นทุนแล้วมีงบประมาณส่วนเกินให้ สปสช. เสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังพิจารณาจัดสรรสำหรับเป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ให้หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

---

[6] หนังสือกระทรวงสาธาณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๒/ว ๖ ลงวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๒ เรื่อง รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากร

[7] ผลการศึกษาของ สุรเชษฐ์ แก่นชา เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนหน่วยบริการ, มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, พ.ศ.๒๕๕๓

## 4. การจ่ายเงินกองทุนกลางกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ/ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

ในปีงบประมาณ 2554 การจ่ายเงินกองทุนกลางกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง/การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ/ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง จะครอบคลุมการจ่ายค่าบริการต่างๆ ดังนี้

### 4.1 การจ่ายจากกองทุนกลางกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะรายการ

4.1.1 การคำนวณอัตราจ่ายที่เป็นค่ายา / ค่าบริการ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา ตามระบบ Point system with ceiling and global budget

4.1.2 รายการที่จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการรักษาผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดานราคากลางที่กำหนดในประเภทและอัตราค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ปี 2554 (ภาคผนวก 1.2) อนึ่ง สปสช.อาจสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ในกรณีที่มีการปรับลดอัตราราคากลางและมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมดำเนินการจัดส่งตามระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม
2) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท
3) การติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วย เอช ไอ วี
   3.1) สำหรับการให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อครั้งการเข้ารับการรักษา
   3.2) สำหรับการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ได้แก่ การฉีดยา Ganciclovir เข้าที่ vitreous จ่ายครั้งละ 250 บาทต่อข้างต่อสัปดาห์ หรือครั้งละ 500 บาทต่อข้างต่อ 2 สัปดาห์

4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท

4.1.3 รายการที่จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการรักษาผู้ป่วยนอก

1) การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับบริการการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาที่ สปสช.กำหนดเงื่อนไขบริการ (protocol) และราคากลางตาม protocol เป็นการเฉพาะ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ตาม protocol สำหรับการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีการกำหนด protocol จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง

2) รายการที่เป็นการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจของบริการแบบ ambulatory care (พักสังเกตอาการหลังบริการ 1-2 วัน) จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด (ตามตารางที่ 4) และต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ สปสช.ประกาศเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ทั้งนี้หากมีการให้บริการหัตถการโรคหัวใจมากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้งให้จ่ายเพียง 1 รายการ เฉพาะรายการที่มีราคากลางสูง

3) ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ โดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตรา 20 บาทต่อครั้ง

**ตารางที่ 4** ราคากลางต่อหน่วยการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการหัวใจ (บาทต่อครั้งบริการ)

| รายการ | ราคากลาง |
|---|---|
| 1. Investigation ราคาแพง | |
| 1.1. Coronary angiography (CAG) | 15,000 |
| 1.2. Endoscope retrograde cholangio pancreatography(ERCP) | 6,500 |
| 2. หัตถการหัวใจ | |

| รายการ | ราคากลาง |
|---|---|
| 2.1. ขยายหลอดเลือดหัวใจเส้นเดียว (Coronary angiography with single vessel percutaneous coronary intervention) | 78,000 |
| 2.2. ขยายหลอดเลือดหัวใจหลายเส้น (Coronary angiography with multiple vessel percutaneous coronary intervention ) | 85,000 |
| 2.3. การตรวจสวนและจี้ไฟฟ้าหัวใจ (EP & RF Ablation ) | 65,000 |
| 2.4. การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pace maker Implantation) | 33,000 |
| 2.5. การใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจในร่างกาย (AICD) | 57,000 |
| 2.6. การขยายลิ้นหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous valvuloplasty) | 65,000 |

### 4.2 การจ่ายจากกองทุนกลางกรณีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Disease management initiative and special services)

การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยยกระดับการบริการให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชน โดยเฉพาะโรคหรือบริการที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงมากและ/หรือต้องได้รับบริการต่อเนื่อง ทั้งนี้หน่วยบริการที่ดำเนินการให้บริการ ได้แก่ หน่วยบริการประจำและสถานบริการอื่นตามที่ สปสช.กำหนด ในปีงบประมาณ 2554 การดำเนินการบริหารผู้ป่วยโรคเฉพาะและโรคเรื้อรังสำหรับกลุ่มโรคและบริการเฉพาะเป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา โดยหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานที่ร่วมให้บริการเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนค่าใช้จ่ายสูงที่บริหารลักษณะกองทุนกลางโดย สปสช. ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด

โรคที่มีการบริหารจัดการเฉพาะ ปี 2554 แบ่งตามเหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีการจัดการเป็น 3 กลุ่มประกอบด้วย

4.2.1 โรคที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงและต้องรับบริการต่อเนื่อง

1) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ในเด็กและผู้ใหญ่เฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ การนำมาบริหารแบบโรคเฉพาะเนื่องจากโรคดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีความซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัย กระบวนการรักษาพยาบาลต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีชั้นสูง รวมทั้งค่าเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อ

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงแรกของการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง และสามารถรักษาหายได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม จึงกำหนดให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการให้การรักษาตามแผนการรักษาที่ สปสช.กำหนด

2) การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) เพื่อให้บริการส่วนประกอบของเลือดให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดหรือป้องกันภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ โดยแบ่งการดูแลตามอายุและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นทั้งผู้ป่วยรายเก่าที่ได้ลงทะเบียนไว้แล้วและผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ร่วมในโครงการการบริหารจัดการโรคเฉพาะ

3) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้บริการยาขับสารเหล็ก ได้แก่ ยา Deferiprone สำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามเงื่อนไข

4) ปรับการจ่ายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ Class IV (Complex disease highly complicated operation) ไปจ่ายด้วยกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตในข้อ 2.3

4.2.2 โรคที่ต้องการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ

1) โรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) และโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (ASTEMI fast track) โดยจัดให้มีการบริหารยาสลายลิ่มเลือด การรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke fast track) เพื่อลดความพิการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-elevated myocardial infarction fast track) เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา

2) การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีจำนวนผู้รอรับการรักษาจำนวนมาก ประกอบกับเทคโนโลยีการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วมีต้นทุนลดลง ดังนั้นจึงปรับการจ่ายชดเชยจากจ่ายด้วยระบบ DRG with global budget เป็นจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่

เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด (ตามตารางที่ 5) โดยจะมีการหักค่าแรงส่วนเงินเดือนในหน่วยบริการของรัฐที่ได้รับการจ่ายเงินเดือนโดยตรงจากรัฐแล้ว และหากมีการให้บริการมากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้งให้จ่ายเพียง 1 รายการเฉพาะรายการที่มีราคากลางสูง โดยการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

**ตารางที่ 5** ราคากลางต่อหน่วยการให้บริการรักษาโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (บาทต่อครั้งบริการ)

| รายการ | ราคากลาง |
|---|---|
| 1. บริการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิด | 25,000 |
| 2. บริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง | 16,000 |
| 3. บริการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว | 6,500 |

**หมายเหตุ**

1. ราคากลางต่อ ครั้งบริการ เป็นค่าใช้จ่ายทุกรายการต่อครั้งที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกหรือต่อครั้งที่ใช้บริการผู้ป่วยใน

2. ราคากลางต่อครั้งบริการ เป็นราคาที่รวมการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากรสำหรับรายการที่ 1, 2, 3 จำนวน 6,625 บาท 3,125 บาท และ 1,200 บาทตามลำดับ

3) การดูแลผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) เพื่อลดภาวะความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง โดยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับยาและการเข้าถึงยาสเตอร์รอยด์ชนิดพ่น (Inhaled cortricosteroid) เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องจะลดการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4) การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อบรรเทาอาการปวดรุนแรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาที่บ้าน เนื่องจากข้อจำกัดของการใช้เตียงในหน่วยบริการ โดยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับยาและการเข้าถึงยามอร์ฟีน

5) การหารูปแบบการดำเนินการบริหารจัดการโรคที่เหมาะสม จึงกำหนดให้มีการดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ ในบางกิจกรรม/โรค ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การให้ได้มาซึ่งดวงตาที่จะใช้ใน

การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation) การฉายเลเซอร์จอตาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

6) ปรับการจ่ายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบหน่วยบริการเคลื่อนที่ ไปจ่ายด้วยกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตในข้อ 2.3

4.2.3 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เนื่องจากในระยะหลังมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นมาก และพบเชื้อวัณโรคดื้อยามากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ครบถ้วน ตลอดระยะเวลาตามแผนการรักษา ในปีงบประมาณ 2554 การบริหารจัดการวัณโรคจะครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) ค่ายารักษาวัณโรค สนับสนุนเป็นยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาตามแนวทางการรักษา โดยหน่วยบริการเบิกยาจากส่วนกลาง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

2) สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรค สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาวัณโรคอย่างมีคุณภาพและกำกับการรับประทานยาให้ตรงเวลา เช่น การตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อวัณโรค การตรวจหาความไวของเชื้อต่อยา การถ่ายภาพรังสีปอด สนับสนุนกิจกรรมการกินยา (DOT) เป็นต้น โดยเบิกจ่ายงบประมาณตามผลงานที่ให้บริการจริงตามข้อมูลอิเล็คโทรนิกส์ที่ส่งให้ สปสช. และไม่เกินเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

3) การค้นหาผู้สัมผัสและผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการและ/หรือ สปสช.สาขาจังหวัด เพื่อสนับสนุนกิจกรรมค้นหาผู้สัมผัส และผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้มีโรคเรื้อรังประจำตัว ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นต้น

### 4.3 การจ่ายจากกองทุนกลางกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนยารายการต่างๆ โดยแนวทางการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช.กำหนด สำหรับยารายการต่างๆ ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory licensing :CL) ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาตามบัญชี จ(2) และยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยากำพร้า เป็นต้น

## 5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ปีงบประมาณ 2554 มีงบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการระดับปฐมภูมิ รวมจำนวน 312.50 บาทต่อประชากร ดังนี้

### 5.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป (ยกเว้นค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน)

เนื่องจากได้แยกค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันไว้เป็นรายการเฉพาะอีกรายการหนึ่งเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการทันตกรรม งบประมาณค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีงบประมาณ 2554 ได้รับจัดสรรที่ 242.92 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ 47.9966 ล้านคน ซึ่งต้องจัดบริการให้กับประชาชนคนไทยทุกคนทุกสิทธิ ในการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการจึงคำนวณตามฐานข้อมูลของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นงบประมาณต่อประชากรสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป คือ **181.10 บาท ต่อประชากร 64.38 ล้านคน**

ในปีงบประมาณ 2554 การบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป ยังคงมอบหมายให้ สปสช.สาขาจังหวัดและ สปสช.เขต เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและบูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่จังหวัด โดยให้มีการวัดผลการดำเนินงานอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการพัฒนาและสนับสนุนการบริหารจัดการ และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

5.1.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปที่บริหารระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement) จัดให้มีการบริหารที่ระดับประเทศ จำนวนเงิน 14.52 บาทต่อประชากรไทยทุกคน เพื่อดำเนินการภายใต้เหตุผลสำคัญ ดังนี้

1) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวัสดุต่างๆ เนื่องจากการจัดซื้อรวมระดับประเทศทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่เหมาะสม
2) เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและพื้นที่ต่างๆ
3) เพื่อการจัดบริการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ เพราะหากจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ อาจทำให้หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการได้

ทั้งนี้ การบริหารงบในส่วน National priority program ให้เป็นไปตามแนวทางที่หารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.

5.1.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) เป็นงบประมาณที่จัดสรรเพื่อการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ ในอัตราเหมาจ่าย 108.17 บาทต่อประชากรไทยทุกคน ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป ที่ประชาชนมารับบริการที่หน่วยบริการ หรือหน่วยบริการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการ ในปีงบประมาณ 2554 เกณฑ์การจ่ายเป็น ดังนี้

1) จำนวน 79.48 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จัดสรรให้หน่วยบริการประจำในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรทุกสิทธิ โดยปรับตามโครงสร้างอายุประชากรทุกสิทธิที่ระดับจังหวัด (ภาคผนวก 1.1)
2) จำนวน 28.69 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จัดสรรให้แก่หน่วยบริการและสถานบริการที่สมัครใจเข้าร่วมบริการ ตามจำนวนประชากรเป้าหมายและผลการให้บริการ โดยกำหนดรายการและราคาบริการที่จัดให้แต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 9 รายการ ได้แก่ การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด ค่าบริการฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรอง TSH การวางแผนครอบครัว (เฉพาะสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษาบาลข้าราชการ) การตรวจคัดกรองความเสี่ยง 4 กลุ่ม (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และอ้วนลงพุง) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มข้างต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการดูแล เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 กลุ่ม (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง)
3) สำหรับเขตนำร่องสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ผลงานและข้อมูลการบริการตามข้อ 2) และต้องเป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

5.1.3 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services) จำนวน 58.41 บาทต่อประชากรไทยทุกคน โดยเป็นค่าบริการต่างๆ ดังนี้

1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน ในอัตราเหมาจ่าย 40 บาทต่อประชากรทุกสิทธิในพื้นที่ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ สำหรับการบริการและการพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในภาพรวมระดับจังหวัดหรือระดับเขต เพื่อส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้นให้หน่วยบริการจัดบริการเชิงรุกทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีคุณภาพ รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผลให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลการบริการ โดยจัดสรรงบส่วนที่เหลือจากจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้กับ สปสช.จังหวัด และ สปสช.เขตเป็นผู้กำหนดแนวทางการดำเนินการ

**5.2 บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่**

5.2.1 ค่าบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล[8] จำนวน 9.66 บาทต่อประชากร เป็นงบประมาณที่กันมาจากค่าบริการผู้ป่วยใน เพื่อเป็นค่าวัคซีน ค่าบริการและค่าการจัดการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) และผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี โดยจ่ายตามผลงานบริการและหน่วยบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ

5.2.2 สำหรับกรณีค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่ระบาดตามข้อบ่งชี้ หากมีการระบาดและเป็นไปตามเงื่อนไขการบริการ สปสช.จะดำเนินการของบประมาณจากรัฐบาลเป็นการเฉพาะต่อไป

**5.3 บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน** จำนวนงบประมาณ 37.00 บาทต่อประชากร เพื่อบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปสำหรับคนไทยทุกคน ดังนี้

[8] เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ใช้งบประมาณจากบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากหากได้รับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่จะลดภาวะการเจ็บป่วยลงได้

5.3.1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ของค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยเน้นกลุ่มนักเรียนชั้นปฐมศึกษา ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

5.3.2 ไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นงบสนับสนุนการบริหารและการพัฒนาระบบบริการทันตกรรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ทั้งนี้ให้ สปสช.จัดระบบการบริหารจัดการงบประมาณให้บูรณาการไปกับการบริหารจัดการค่าบริการ ทันตกรรมรักษาในเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ ในข้อ 6

**5.4 ค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐาน** จำนวน 22.92 บาทต่อประชากร เพื่อเป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ โดยจ่ายเพิ่มให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ศักยภาพที่ สปสช.กำหนด และจ่ายด้วยระบบมีเพดานอย่างน้อยให้ได้เป้าหมายจำนวน 4,100 แห่ง โดยจ่ายดังนี้

5.4.1 หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการประจำและผ่านเกณฑ์ศักยภาพที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราไม่เกิน 100 บาทต่อประชากร

5.4.2 หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำและผ่านเกณฑ์ศักยภาพที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราไม่เกิน 50 บาทต่อประชากร

## 6. บริการทันตกรรมรักษาในเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์

งบประมาณจำนวน 2.25 บาทต่อประชากร เป็นงบประมาณสำหรับค่าบริการทันตกรรมรักษาในเด็กอายุ 1-12 ปี และค่าฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมประดิษฐ์ การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ตามวิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

## 7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

งบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2554 จำนวนงบประมาณ 12.00 บาทต่อประชากร จะครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย คนพิการ และผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ใช้รูปแบบการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วย

บริการ การบริการในชุมชน และการบริการในระบบทางเลือกต่างๆ โดยมีแนวทางการบริหารดังนี้

7.1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด เป็นค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยประกอบด้วย

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามรายการที่ สปสช.กำหนดและอื่นๆ ที่จำเป็น
2) ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในระบบ DRG แล้ว) และค่าบริการฟื้นฟูหลังผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ (บริการทันตกรรมแก้ไข และการฝึกพูด)
3) ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
4) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

7.2 ไม่เกินร้อยละ 20 ของค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด ให้เป็นงบสนับสนุนการพัฒนารูปแบบระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการร่วมกับองค์กรคนพิการและภาคีอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น

## 8. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จำนวน 6.00 บาทต่อประชากร สำหรับสนับสนุนให้มีการให้บริการด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ โดย

8.1 จำนวน 4.50 บาทต่อประชากรของค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการนวดเพื่อการรักษาและฟื้นฟูแม่หลังคลอดตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด ด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากจำนวนผลงาน และจ่ายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้แพทย์แผนไทย

8.2 จำนวน 1.50 บาทต่อประชากรของค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันในหน่วยบริการ โดยการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

## 9. งบค่าเสื่อม

ให้จ่ายชดเชยค่าเสื่อมแก่หน่วยบริการตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนและผลงานที่เกิดขึ้น โดย

9.1 ค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้จ่ายตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับหน่วยบริการประจำ

9.2 ค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRG (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคณะอนุกรรมการงบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

## 10. งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

เป็นงบประมาณที่สนับสนุนให้แก่หน่วยบริการเป็นการเพิ่มเติม สำหรับผลการให้บริการที่มีคุณภาพตามดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ การสนับสนุนงบประมาณตามคุณภาพบริการมีขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการให้บริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามทิศทางที่กำหนดไว้ และคาดหวังว่าจะเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่า ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

งบจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 25 บาทต่อประชากร จะเน้นเกณฑ์คุณภาพในด้านบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ประกอบด้วยเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์ที่จะประเมินตามตัวชี้วัดคุณภาพ และเกณฑ์คุณภาพผลงานระดับกิจกรรมพัฒนาบริการที่จะประเมินงานเชิงรุกในการสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นกับหน่วยบริการที่เป็นไปตามข้อกำหนดบริการ (Service specification)

สำหรับการจ่ายตามเกณฑ์ผลงานคุณภาพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ จะบูรณาการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการไปกับการจ่ายค่าบริการต่างๆ เช่น ในการจ่ายค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยปฐมภูมิมาตรฐานในข้อ 5.4 และการจ่ายคุณภาพผลงานบริการสำหรับ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในงบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

**11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ**

จ่ายให้กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการตามมาตรา 41 โดยการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

**12. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ**

จ่ายให้กับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ โดยการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

**13. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ**

สำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเป็นค่าสนับสนุนให้มีการขยายบริการและเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบท สนับสนุนการเพิ่มและพัฒนาบุคลากรตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. 2550-2554)

**14. งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน**

จ่ายสำหรับการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในด้านโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง (Stroke fast track) และการบาดเจ็บที่สมองเป็นหลัก โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ ให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้านในกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด เพื่อเป็นค่าครุภัณฑ์และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อส่งกลับผู้ป่วย

**15. การหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการภาครัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้ค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นค่าบริการที่รวมเงินเดือนของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตาม พ.ร.บ.เงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ ทำให้งบประมาณที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเป็นเฉพาะงบส่วนที่ไม่รวมเงินเดือน ดังนั้น

จึงต้องมีการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนเงินเดือนที่ต้องหักเท่ากับที่สำนักงบประมาณระบุใน พ.ร.บ.รายจ่ายงบประมาณประจำปี

ในปีงบประมาณ 2554 เพื่อเป็นแรงจูงใจในการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน จึงให้เพิ่มเพดานจำนวนเงินเดือนที่ต้องหักอีกจำนวนหนึ่งสำหรับจ่ายเป็นค่าตอบแทนในการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้านสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการภาครัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2554 มีดังนี้

15.1 แยกเพดานเงินเดือนที่ต้องหักจากหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มหน่วยบริการภาครัฐอื่นๆ โดยการหักเงินเดือนจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

15.2 ให้หักเงินเดือนเพิ่ม จำนวน 414,618,000 บาท โดยหักในอัตราต่อประชากรเท่ากันทั้งหน่วยงานสังกัด สป.สธ. และรัฐอื่นๆ เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนในการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ตามแนวทาง หลักเกณฑ์ และวิธีการจ่ายที่ สปสช.กำหนด (ภาคผนวก 3) และหากไม่สามารถจ่ายตามแนวทาง หลักเกณฑ์ และวิธีการจ่ายที่ สปสช.กำหนด ให้จัดสรรงบที่หักเพิ่มนี้กลับคืนไปยังหน่วยบริการ

15.3 ให้หักเงินเดือนจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับตามแนวทางการจ่ายสำหรับการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เฉพาะรายการ P&P expressed demand service ที่จ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว และรายการค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน) และการบริการผู้ป่วยใน (รวมการบริการค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและบริหารเฉพาะโรคบางรายการ) โดยให้ได้จำนวนเงินเท่าที่ สปสช.กำหนดและให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

15.4 วิธีการหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการรัฐสังกัดอื่น (ยกเว้น สป.สธ.)

15.4.1 ให้แบ่งสัดส่วนจำนวนเงินเดือนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยใน ด้วยสัดส่วนงบอัตราต่อหัวของรายการที่หักเงินเดือน

15.4.2 สำหรับ สปสช.เขต 13-กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการหักเงินเดือนได้ตามความเหมาะสม โดยต้องหักให้ได้จำนวนเงินเดือนตามที่กำหนด และแนวทางการหักเงินเดือนต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

15.4.3 สำหรับเขตที่เหลือ ให้บริหารการหักเงินเดือน โดย

1) หน่วยบริการกลุ่มสถาบันแพทย์ศาสตร์ (UHOSNET) ให้หักเงินเดือนเป็นรายเขตตามจำนวนที่สำนักงบประมาณหักไว้

2) หน่วยบริการภาครัฐอื่นๆ ที่เหลือ ให้บริหารการหักเงินเดือนรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยให้มีแนวทางการหักเงินเดือน ดังนี้

2.1) ให้แบ่งสัดส่วนจำนวนเงินเดือนระหว่างบริการ OP-IP-P&P ด้วยสัดส่วนงบอัตราต่อหัวขาลงที่ใช้หักเงินเดือน ได้แก่ OP-ทั่วไป IP-ทั่วไป และ P&P (เฉพาะรายการ P&P expressed demand service ที่จ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว และรายการค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน)

2.2) ให้หักเงินเดือนจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ และจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยในที่ได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินรวมตามที่ สปสช.กำหนด

15.5 สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่าง สปสช. กับ สป.สธ. พัฒนาข้อเสนอแนวทางการหักเงินเดือนของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. โดยให้คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามความเหมาะสมและให้ได้จำนวนเงินรวมเท่าที่ สปสช.กำหนด และให้เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งให้มีข้อสังเกตของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบการพิจารณา

# งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ครอบคลุมสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนและผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาต้านไวรัสฯ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาระบบบริการ ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีความมั่นใจในการรับบริการ การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ 2554 มีแนวทางดังนี้

1. **การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี** (Anti-retroviral Treatment)

**1.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี** ได้แก่ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา หน่วยบริการเบิกยาต้านไวรัสฯจากส่วนกลาง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยการเบิกยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการบันทึกในโปรแกรม National AIDS Program (NAP)

**1.2 การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัสฯ** ซึ่งตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดไขมัน (Total Cholesterol > 240 mg/dl) โดยหน่วยบริการเบิกยาลดไขมันจากส่วนกลาง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

**1.3 การให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก** ทั้งนี้สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีจะต้องเป็นไปตามโปรโตคอลและเงื่อนไขบริการที่สปสช.กำหนด หน่วยบริการเบิกยาต้านไวรัสฯจากส่วนกลาง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยการเบิกยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการบันทึกในโปรแกรม NAP

**1.4 การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัส** โดยกรณีจากอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน ครอบคลุมเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับกรณี จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศครอบคลุมคนสัญชาติไทยทุกคน หน่วยบริการเบิกยาต้านไวรัสฯตามโปรโตคอลและเงื่อนไขที่สปสช.กำหนด ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยการเบิกยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการบันทึกในโปรแกรม NAP

## 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory testing)

### 2.1 สิทธิประโยชน์ที่กำหนด

2.1.1 ผู้ติดเชื้อฯ ที่อยู่ระหว่างรับยาต้านไวรัสฯ

1) การตรวจเลือดพื้นฐาน ได้แก่ CBC, FBS, Cr, Chol, TG, sGPT/ALT แต่ละรายการ จำนวน 2 ครั้ง/คน/ปี
2) การตรวจ CD4 จำนวน 2 ครั้ง/คน/ปี
3) การตรวจ Viral Load จำนวน 1 ครั้ง/คน/ปี
4) การตรวจ Drug Resistance จำนวน 1 ครั้ง/คน/ปี (และมีเงื่อนไขส่งตรวจตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด)

2.1.2 เด็กทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี มีสิทธิได้รับการตรวจ PCR จำนวน 2 ครั้ง ระหว่างอายุ 6 สัปดาห์ถึงอายุ 6 เดือน

2.1.3 ผู้ติดเชื้อฯ ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตรวจได้เฉพาะ CD4 ไม่เกิน จำนวน 2 ครั้ง/คน/ปี

**2.2 การจ่ายชดเชย** อัตราจ่ายเป็นไปตามตารางที่ 6 โดยจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการชันสูตรตามข้อมูลรายงานผลการตรวจที่หน่วยบริการชันสูตรบันทึกในโปรแกรม NAP

**ตารางที่ 6** อัตราการและเงื่อนไขจ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2554

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | อัตราการชดเชยค่าบริการ | เงื่อนไข |
|---|---|---|
| CBC, FBS, Cr, Chol, TG, sGPT/ALT | 25 บาท/ครั้ง/รายการ | แยกคิดแต่ละรายการ |
| CD4 | 500 บาท/ครั้ง | 1. จ่ายค่าชดเชยให้เฉพาะหน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช. เท่านั้น<br>2. หน่วยตรวจ DR ที่ใช้น้ำยา In-house ได้รับ 8,000 บาท/ครั้ง |
| Drug resistance | 8,500 บาท/ครั้ง | |
| Viral load | 250 บาท/การตรวจรู้ผล 1 ครั้ง | หน่วยบริการชันสูตรเบิกน้ำยาตรวจจากส่วนกลางและได้รับค่าบริหารจัดการเพิ่มเติมตามปริมาณงาน |

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | อัตราการชดเชยค่าบริการ | เงื่อนไข |
|---|---|---|
| PCR | - | หน่วยบริการชันสูตรได้รับชดเชยตามเงื่อนไขในบันทึกข้อตกลง |
| ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ-เก็บเลือดและค่าขนส่ง | 20 บาท/ตัวอย่างตรวจ | เฉพาะหน่วยบริการที่เจาะเลือดส่งตรวจ CD4, VL เท่านั้น |
| ค่าขนส่งเพื่อตรวจ Drug resistance | 100 บาท/ตัวอย่างตรวจ | ได้รับเฉพาะหน่วยส่งตัวอย่างเท่านั้น (หน่วยรับตรวจได้รวมอยู่ในค่าชดเชยตรวจแล้ว) |

**3. บริการให้การปรึกษาและการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ** ผู้มีสิทธิเป็นไปตามเงื่อนไขการรับบริการที่สปสช.กำหนด โดยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นให้ขออนุมัติจาก สปสช.เป็นกรณีพิเศษ โดยจ่ายเป็นค่าตรวจ Anti-HIV อัตรา 140 บาทต่อการตรวจรู้ผลหนึ่งครั้ง และการชดเชยภาระงาน ให้การปรึกษาอัตรา 7 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี)

**4. การป้องกันการแพร่กระจายโรค** เป็นการจ่ายถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มารับยา และผู้มารับบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Voluntary Couseling and Testing : VCT) ตามเงื่อนไขบริการที่ สปสช.กำหนด สปสช.จัดซื้อถุงยางอนามัยที่ส่วนกลาง และส่งให้หน่วยบริการตามข้อมูลผู้รับบริการ และความต้องการใช้ในพื้นที่

**5. การชดเชยภาระงาน** เป็นการชดเชยภาระงานที่เพิ่มขึ้นให้แก่หน่วยบริการ จึงมีการจ่ายให้หน่วยบริการตามภาระงานหลักต่างๆ เพื่อให้ผู้บริหารหน่วยงานพิจารณานำงบประมาณไปใช้พัฒนางานบริการ หรือชดเชยภาระงานของผู้ปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม ดังนี้

- ภาระงาน CD4 7 บาท/ตัวอย่างตรวจ
- ภาระงาน Viral load 20 บาท/ตัวอย่างตรวจ
- ภาระงานบริการ(บันทึกข้อมูล ให้การปรึกษา ฯลฯ) แก่ผู้รับยา ARV 20 บาท/ครั้งการตรวจหรือรับยา

ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลทางโปรแกรม NAP ตามเวลาที่กำหนด

6. **การพัฒนาศักยภาพบุคลากร** เป็นการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรในทีมรักษาพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษา การบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์ประเมินผล เป็นต้น การจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณจะเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

7. **การพัฒนาคุณภาพบริการ** เป็นการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณแก่อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวม การตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการเอชไอวี (External quality assurance) การพัฒนาคุณภาพบริการ HIVQual-T และการสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการ (Quality improvement) เป็นต้น การจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณจะเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

8. **การนิเทศติดตามประเมินผล** เป็นการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการนิเทศติดตามประเมินผลในระดับพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล การพัฒนาเครื่องมือที่หน่วยบริการใช้ในการวิเคราะห์ประเมินผลในพื้นที่ เป็นต้น การจัดกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณจะเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

## งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว วงเงิน 3,226,550,500 บาท ซึ่งครอบคลุมการจัดบริการทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ตามเงื่อนไขที่กำหนด จำนวน 3,200,050,500 บาท และพัฒนาระบบบริการ จำนวน 26,500,000 บาท

เพื่อให้มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และหน่วยบริการมีแรงจูงใจในการให้บริการ การบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2554 จึงกำหนดแนวทาง ดังนี้

1. **การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)** ครอบคลุมการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไต การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคม โรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

2. **การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไข** สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

3. **การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า** ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในอัตรา 2 ใน 3 ของค่าบริการ และหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ 1 ใน 3 โดยจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น จ่ายไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้ง และหน่วยบริการเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

4. **การปลูกถ่ายไต** ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ

สำหรับการชะลอการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่จะต้องทำการรักษาด้วยการฟอกเลือด การล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งทุกบริการมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องมีการให้บริการไปตลอดชีวิต จะดำเนินการโดยให้ผสมผสานไปกับงบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5. **การพัฒนาระบบบริการ** จะครอบคลุมกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ อาทิ เช่น การพัฒนาบุคลากร การพัฒนา CAPD Technology center การพัฒนา Excellent center for KT การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น

ทั้งนี้การจ่ายชดเชยค่าบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้แก่หน่วยบริการ ประกอบไปด้วย การจ่ายเหมาตามแบบแผนการรักษา (Protocol) การกำหนดรายการและเพดานราคา การสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม รวมทั้งจ่ายเพิ่มเติมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยมีรายละเอียดเงื่อนไข หลักเกณฑ์และวิธีการตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2554 หรือที่ สปสช.กำหนด

# งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไทยที่มีมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากเบาหวานและภาวะไตวายเรื้องรังมากขึ้น จึงเป็นเหตุจำเป็นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องมีการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจังในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นนอกเหนือไปจากการดูแลรักษาที่ได้ดำเนินการ

ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังดำเนินการต่อเนื่องที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีการกำหนดแนวทางการใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าบริการสาธารณสุขต่างๆ ดังนี้

1) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ในรายการงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) สำหรับบริการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2) ค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับกรณีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้ว เพื่อเป็นค่าบริการด้านรักษาพยาบาล
3) งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกรณีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้ว เพื่อเป็นค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน (Secondary prevention) ในปีงบประมาณ 2554 มีกรอบแนวทางการบริหารงบประมาณ ดังนี้

1. จำนวน 567,595,000 บาท สำหรับเป็นค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้น Secondary Prevention โดยจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

2. จำนวน 63,000,000 ล้านบาท สำหรับสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามแนวทางและวิธีการที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ ให้สามารถเกลี่ยงบประมาณข้อ 1 และข้อ 2 ได้ตามศักยภาพของระบบบริการที่ดำเนินการ

# งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการ และมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในปี 2554 โดยการยกเลิกกรณีบริการผู้ป่วยที่นอนพักรักษาไม่เกิน 15 วันให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ ซึ่งจากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมาสามารถให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชได้ในระดับหนึ่ง และเมื่อประกอบกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ระบุว่าการที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้นจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนหรือผู้อื่น สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เพื่อกำหนดกระบวนการในการให้การบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม

ในปีงบประมาณ 2554 รัฐได้ตระหนักถึงเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 จึงสนับสนุนงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว และในเบื้องต้นจะเป็นการจัดทำงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับบริการที่จำเป็นต้องปรับมาตรฐานการให้บริการ (โดยงบประมาณจะไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการในรายการงบประมาณอื่นๆ) และในปีต่อๆ ไปให้จัดทำงบประมาณครอบคลุมการบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจรของการดูแลผู้ป่วย

งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชปีงบประมาณ 2554 มีกรอบแนวทางการบริหาร ดังนี้

1. จำนวน 186,624,000 บาท สำหรับเป็นค่ายา Risperidone เฉพาะผู้ป่วยจิตเวช 5 กลุ่ม คือ
   - ผู้ป่วยโรคจิต (Psychotic disorder)
   - ผู้ป่วยอารมณ์แปรปวนที่มีอาการทางจิตร่วม (Biplola disorder with psychosis)
   - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการทางจิตร่วม (Severe depressive episode with psychotic symptoms or recurrent depressive disorder with current episode severe with psychotic symptoms)
   - ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (Behavioral

and psychiatric symptoms in Dementia: BPSD)

- ผู้ป่วย Autistic and Other pervasive developmental disordes (PDD)

โดยผู้ป่วยที่จะได้รับยาจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการที่ สปสช.กำหนด และหน่วยบริการเบิกยา Risperidone จากส่วนกลางผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยการเบิกยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการบันทึกส่ง สปสช.

2. จำนวน 17,000,000 บาท สำหรับพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช[9] โดย

2.1 พัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยประสานขอความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการจิตเวช เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและผู้ป่วยได้รับบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพิจารณาสนับสนุนให้ระบบบริการปฐมภูมิทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเป็นฐานการให้บริการเชิงรับและเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ อาจพิจารณาถึงการตั้งหน่วยงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน และมีแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรจิตเวชช่วยดูแลผู้ป่วย

2.2 สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสุขภาพในการเตรียมผู้ป่วยกลับชุมชน เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง และสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อระบบบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างบูรณาการและต่อเนื่องยั่งยืน โดยอาจพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ รูปแบบการจัดบริการในชุมชนโดยภาคประชาชน และการกำกับติดตามประเมินผล เป็นต้น

ทั้งนี้ ให้สามารถเกลี่ยงบประมาณข้อ 1 และข้อ 2 ได้ตามศักยภาพของระบบบริการที่ดำเนินการ

[9] ตามมติคระกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2553 วันที่ 10 พฤษภาคม 2553

# ภาคผนวก 1.1
## อัตรา Differential capitation
## สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
## P&P-expressed demand service
## ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554

| เขต | สาขาจังหวัด | อัตราต่อประชากร |
|---|---|---|
| 1 เชียงใหม่ | เชียงใหม่ | 79.10 |
| 1 เชียงใหม่ | เชียงราย | 77.88 |
| 1 เชียงใหม่ | แพร่ | 69.55 |
| 1 เชียงใหม่ | แม่ฮ่องสอน | 79.26 |
| 1 เชียงใหม่ | น่าน | 71.60 |
| 1 เชียงใหม่ | พะเยา | 71.77 |
| 1 เชียงใหม่ | ลำปาง | 69.64 |
| 1 เชียงใหม่ | ลำพูน | 73.30 |
| 2 พิษณุโลก | เพชรบูรณ์ | 73.77 |
| 2 พิษณุโลก | ตาก | 78.54 |
| 2 พิษณุโลก | พิษณุโลก | 73.25 |
| 2 พิษณุโลก | สุโขทัย | 72.68 |
| 2 พิษณุโลก | อุตรดิตถ์ | 71.20 |
| 3 นครสวรรค์ | กำแพงเพชร | 73.21 |
| 3 นครสวรรค์ | ชัยนาท | 70.03 |
| 3 นครสวรรค์ | นครสวรรค์ | 72.49 |
| 3 นครสวรรค์ | พิจิตร | 70.78 |
| 3 นครสวรรค์ | อุทัยธานี | 72.17 |
| 4 สระบุรี | นครนายก | 70.28 |
| 4 สระบุรี | นนทบุรี | 83.29 |
| 4 สระบุรี | ปทุมธานี | 95.45 |
| 4 สระบุรี | พระนครศรีอยุธยา | 83.23 |
| 4 สระบุรี | ลพบุรี | 71.90 |
| 4 สระบุรี | สระบุรี | 78.46 |

| เขต | สาขาจังหวัด | อัตราต่อประชากร |
|---|---|---|
| 4 สระบุรี | สิงห์บุรี | 71.29 |
| 4 สระบุรี | อ่างทอง | 71.97 |
| 5 ราชบุรี | เพชรบุรี | 76.01 |
| 5 ราชบุรี | กาญจนบุรี | 77.61 |
| 5 ราชบุรี | นครปฐม | 76.27 |
| 5 ราชบุรี | ประจวบคีรีขันธ์ | 77.22 |
| 5 ราชบุรี | ราชบุรี | 76.88 |
| 5 ราชบุรี | สมุทรสงคราม | 72.25 |
| 5 ราชบุรี | สมุทรสาคร | 96.79 |
| 5 ราชบุรี | สุพรรณบุรี | 73.08 |
| 6 ระยอง | จันทบุรี | 77.93 |
| 6 ระยอง | ฉะเชิงเทรา | 79.16 |
| 6 ระยอง | ชลบุรี | 90.32 |
| 6 ระยอง | ตราด | 77.22 |
| 6 ระยอง | ปราจีนบุรี | 77.77 |
| 6 ระยอง | ระยอง | 82.51 |
| 6 ระยอง | สมุทรปราการ | 92.95 |
| 6 ระยอง | สระแก้ว | 74.88 |
| 7 ขอนแก่น | กาฬสินธุ์ | 75.91 |
| 7 ขอนแก่น | ขอนแก่น | 75.69 |
| 7 ขอนแก่น | มหาสารคาม | 73.25 |
| 7 ขอนแก่น | ร้อยเอ็ด | 73.54 |
| 8 อุดรธานี | เลย | 74.92 |
| 8 อุดรธานี | นครพนม | 75.92 |
| 8 อุดรธานี | สกลนคร | 77.05 |
| 8 อุดรธานี | หนองคาย | 77.05 |
| 8 อุดรธานี | หนองบัวลำภู | 76.54 |
| 8 อุดรธานี | อุดรธานี | 77.99 |
| 9 นครราชสีมา | ชัยภูมิ | 73.63 |
| 9 นครราชสีมา | นครราชสีมา | 76.64 |
| 9 นครราชสีมา | บุรีรัมย์ | 74.31 |

| เขต | สาขาจังหวัด | อัตราต่อประชากร |
|---|---|---|
| 9 นครราชสีมา | สุรินทร์ | 71.31 |
| 10 อุบลราชธานี | มุกดาหาร | 76.61 |
| 10 อุบลราชธานี | ยโสธร | 73.79 |
| 10 อุบลราชธานี | ศรีสะเกษ | 72.86 |
| 10 อุบลราชธานี | อำนาจเจริญ | 74.59 |
| 10 อุบลราชธานี | อุบลราชธานี | 75.19 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | กระบี่ | 81.61 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | ชุมพร | 76.73 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | นครศรีธรรมราช | 73.31 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | พังงา | 76.07 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | ภูเก็ต | 95.98 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | ระนอง | 83.80 |
| 11 สุราษฎร์ธานี | สุราษฎร์ธานี | 82.14 |
| 12 สงขลา | ตรัง | 77.63 |
| 12 สงขลา | นราธิวาส | 76.22 |
| 12 สงขลา | ปัตตานี | 73.05 |
| 12 สงขลา | พัทลุง | 74.39 |
| 12 สงขลา | ยะลา | 75.63 |
| 12 สงขลา | สงขลา | 79.63 |
| 12 สงขลา | สตูล | 77.90 |
| 13 กรุงเทพมหานคร | กรุงเทพมหานคร | 92.64 |
| กรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ | กรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ | 71.53 |

# ภาคผนวก 1.2
## ประเภทและอัตราราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2554

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **หมวด 1 ระบบประสาท** | | | |
| 1000 | **1.0** | **กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึดกระโหลก** | | | |
| 1001 | | 1.0.1 กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic implant) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methylmethacrylate 1 ซอง และ solution 1 ขวด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป | | | |
| 1003 | | 1.0.3 เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitue) | แผ่นละ | 9,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นแผ่นบาง ๆ ทำจากสารสังเคราะห์หรือเนื้อเยื่อ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนส่วนที่หายไปหรือปกคลุมสมองหรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวมจนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้ | | | |
| 1100 | **1.1** | **ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่องกระโหลก** | | | |
| 1101 | | 1.1.1 ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system) | ชุดละ | 4,500 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วยท่อต่อเชื่อมสมองและไขสันหลัง (Ventricular catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำและท่อต่อเชื่อม | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)หรือมีเลือดออกในช่องสมอง | | | |
| 1102 | | 1.1.2 อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) | ชุดละ | 8,100 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกดทดสอบและสายต่อภายในสู่ช่องท้องหรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (connector) | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) | | | |
| 1104 | | 1.1.4 คีบหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm) | อันละ | 6,700 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง | | | |
| | | **หมวด 2 ตา หู คอ จมูก** | | | |
| 2000 | **2.0** | **ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม** | | | |
| 2001 | | 2.0.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis) | ข้างละ | 1,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี โดยทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ | | | |
| 2002 | | 2.0.2 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน | อันละ | 200 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็ง ๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก | | | |
| 2003 | | 2.0.3 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant) | อันละ | 13,500 | |
| | | **ลักษณะ** รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก | | | |
| 2004 | | 2.0.4 วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital implant for orbit) | อันละ | 2,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตกเพื่อแทนที่กระดูกที่หัก | | | |
| 2005 | | 2.0.5 กระจกตาดำเทียม (Corneal prosthesis) | อันละ | 15,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 2006 | | 2.0.6 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens) | อันละ | 3,800 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา | | | |
| 2007 | | 2.0.7 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens) | อันละ | 1,200 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็นมีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา | | | |
| 2100 | **2.1** | **วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา** | | | |
| 2101 | | 2.1.1 วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle) | อันละ | 2,700 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก | | | |
| 2102 | | 2.1.2 ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid) | หลอดละ | 6,400 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา | | | |
| 2103 | | 2.1.3 น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone oil) | หลอดละ | 5,400 | |
| | | **ลักษณะ** มีลักษณะเป็นน้ำมันใส | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา | | | |
| 2104 | | 2.1.4 ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา( Intraocular gas) | ครั้งละ | 500 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้และอยู่ในลูกตาได้นาน | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา | | | |
| 2113 | | 2.1.13 ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy set) | ชุดละ | 9,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา | | | |
| 2115 | | 2.1.15 ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine) | ชุดละ | 5,400 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา | | | |
| 2200 | **2.2** | **แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก** | | | |
| | | (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม) | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** รายการ 2.2.1 - 2.2.5ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม | | | |
| 2201 | | 2.2.1 แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน (Distance eyeglasses) | อันละ | 1,800 | |
| 2202 | | 2.2.2 แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน (Near eyeglasses) | อันละ | 1,800 | |
| | | (สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิม ให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์) | ข้างละ | 900 | |
| 2203 | | 2.2.3 เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens) | ข้างละ | 1,300 | |
| 2204 | | 2.2.4 เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens) | ข้างละ | 1,800 | |
| 2205 | | 2.2.5 เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft contact lens) | ข้างละ | 1,800 | |
| 2400 | **2.4** | **อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู** | | | |
| 2401 | | 2.4.1 กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น | ชิ้นละ | 2,700 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes) | | | |
| 2402 | | 2.4.2 กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis) | ชิ้นละ | 4,500 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ลักษณะคล้ายร่ม | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน | | | |
| 2403 | | 2.4.3 กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis) | ชิ้นละ | 4,500 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ | | | |
| | | ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน | | | |
| 2404 | | 2.4.4 ใบหูเทียม | ข้างละ | 10,800 | |
| | | **ลักษณะ** ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้ | | | |
| 2500 | **2.5** | **เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการและอุปกรณ์อื่นเกี่ยวกับหู** | | | |
| 2501 | | 2.5.1 เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี | ข้างละ | 15,000 | เฉพาะคนพิการ |
| | | **ลักษณะ** ใช้ทัดใบหู ไม่มีสาย | | | |
| 2502 | | 2.5.2 เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการสำหรับผู้ใหญ่ | ข้างละ | 13,500 | เฉพาะคนพิการ |
| | | **ลักษณะ** ใช้ทัดใบหู ไม่มีสาย | | | |
| 2600 | **2.6** | **อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก** | | | |
| 2601 | | 2.6.1 จมูกเทียมชนิดติดกาว | ชิ้นละ | 9,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใส่หลังผ่าตัดจมูกออกซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการผิดรูป | | | |
| 2700 | **2.7** | **อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่นเกี่ยวกับคอ** | | | |
| 2701 | | 2.7.1 ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve) | อันละ | 2,400 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว | | | |
| | | ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด | | | |
| 2702 | | 2.7.2 เครื่องช่วยพูด | เครื่องละ | 36,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์อิเลคโทรนิก เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทปิดเปิดใช้แบตเตอรี | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด | | | |
| 2704 | | 4.7.4 เพดานเทียม (Obturator) | ชิ้นละ | 500 | |
| | | **หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ** | | | |
| 3000 | **3.0** | **ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ** | | | |
| 3003 | | 3.0.3 หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก | อันละ | 1,900 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อยมีปีกสองข้างสำหรับคล้องเชือก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใส่หลอดลมคอ เพื่อช่วยในการหายใจ | | | |
| | | **หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด** | | | |
| 4000 | **4.0** | **ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.0.1 - 4.0.10 เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม | | | |
| | | รายการ 4.0.12 - 4.0.14 สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง | | | |
| | | รายการ 4.0.16 สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4001 | | 4.0.1 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์ | อันละ | 29,000 | |
| 4002 | | 4.0.2 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 1 แผ่น ปิด - เปิด | อันละ | 34,000 | |
| 4003 | | 4.0.3 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 2 แผ่น ปิด - เปิด | อันละ | 33,000 | |
| 4004 | | 4.0.4 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง) | อันละ | 48,000 | |
| 4005 | | 4.0.5 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง) | อันละ | 55,000 | |
| 4006 | | 4.0.6 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อบุหัวใจวัว | อันละ | 65,000 | |
| 4007 | | 4.0.7 ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม | อันละ | 57,000 | |
| 4008 | | 4.0.8 ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring) | อันละ | 18,000 | |
| 4009 | | 4.0.9 ผนังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์ | แผ่นละ | 3,400 | |
| 4010 | | 4.0.10 ผนังหัวใจเทียม (Dacron patch) | แผ่นละ | 3,000 | |
| 4012 | | 4.0.12 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง | เส้นละ | 12,000 | |
| 4013 | | 4.0.13 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก | เส้นละ | 15,000 | |
| 4014 | | 4.0.14 หลอดเลือดเทียมแบบ Aortic | เส้นละ | 17,000 | |
| 4016 | | 4.0.16 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) | ซม.ละ | 600 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4019 | | 4.0.19 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft) | ชิ้นละ | 25,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้**<br>1.ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis)<br>2. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้<br>3. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก<br>4. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเออร์ติก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก<br>5. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction) | | | |
| 4100 | **4.1** | **วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.1.1 - 4.1.9 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด | | | |
| 4101 | | 4.1.1 ปอดเทียม (Membrane oxygenator) | ชุดละ | 9,500 | |
| 4102 | | 4.1.2 ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set) | ชุดละ | 3,400 | |
| 4103 | | 4.1.3 อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir) | อันละ | 3,000 | |
| 4104 | | 4.1.4 อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap) | อันละ | 1,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4107 | | 4.1.7 ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set) | ชุดละ | 3,400 | |
| 4108 | | 4.1.8 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดทางตรง (Antegrade cardioplegia set) | อันละ | 1,100 | |
| 4109 | | 4.1.9 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set) | อันละ | 3,400 | |
| 4300 | **4.3** | **อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary intervention)** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.3.1 -4.3.14, 4.3.16 สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary intervention) โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้เพิ่มเติม ที่อาจมีในรายการนั้นๆ รายการ 4.3.13 ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย | | | |
| 4301 | | 4.3.1 สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary guiding catheter) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4302 | | 4.3.2 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA guide wire) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4303 | | 4.3.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon) | ชุดละ | 10,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4304 | | 4.3.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary stent) | ชุดละ | 6,800 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4305 | | 4.3.5 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug - eluting stent) | ชุดละ | 30,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4306 | | 4.3.6 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft) | ชุดละ | 80,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4307 | | 4.3.7 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy burr catheter) | ชุดละ | 30,000 | |
| | | **ลักษณะ** สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4308 | | 4.3.8 เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer) | ชุดละ | 30,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4309 | | 4.3.9 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูนชนิดติดใบมีด (Cutting balloon catheter) | ชุดละ | 30,000 | |
| | | **ลักษณะ** สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4310 | | 4.3.10 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยการดูดลิ่มเลือด (Thrombectomy device/catheter) | ชุดละ | 50,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับกำจัดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4311 | | 4.3.11 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter) | ชุดละ | 60,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนลำแสงเลเซอร์ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4312 | | 4.3.12 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal protection device) | ชุดละ | 60,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อน ไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4313 | | 4.3.13 สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน(Intravascular or Intracardiac ultrasound) | ชุดละ | 40,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยการถ่ายภาพเคลื่อนเสียงสะท้อน | | | |
| 4314 | | 4.3.14 สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary pressure wire) | ชุดละ | 30,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4316 | | 4.3.16 สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter) | ชุดละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4400 | **4.4** | **อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจอื่นๆ** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.4.1 - 4.4.7 ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ | | | |
| | | รายการ 4.4.1 และ 4.4.6 เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ | | | |
| 4401 | | 4.4.1 สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter) | ชุดละ | 4,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail catheter | | | |
| 4402 | | 4.4.2 สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Mullins transeptal catheter) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวนหรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านหนังห้องหัวใจ | | | |
| 4403 | | 4.4.3 เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจ บร็อคเคนโบร (Brocken brough needle) | ชุดละ | 8,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ | | | |
| 4404 | | 4.4.4 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz catheter) | ชุดละ | 8,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสายและมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า 1 ช่อง | | | |
| 4405 | | 4.4.5 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip catheter) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด เช่น Berman Angiography catheter และ Balloon wedge catheter | | | |
| 4406 | | 4.4.6 สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire) | ชุดละ | 500 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (exchange) มีหลายขนาดความยาว | | | |
| 4407 | | 4.4.7 สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic coronary angiography catheter) | ชุดละ | 1,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่ | | | |
| 4408 | | 4.4.8 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty balloon) | ชุดละ | 25,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ เช่น Mansfield balloon | | | |
| | | ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ | | | |
| 4409 | | 4.4.9 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนอินนูเอ้ (Inoue balloon) | ชุดละ | 80,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนอินูเอ้ที่ปลายสายและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ | | | |
| | | ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ | | | |
| 4410 | | 4.4.10 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic valvular dilator) | ชุดละ | 280,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้**_สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย | | | |
| 4411 | | 4.4.11 ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil) | ชุดละ | 5,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil embolization) | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ | | | |
| 4412 | | 4.4.12 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system) | ชุดละ | 8,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA | | | |
| 4413 | | 4.4.13 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for controlled release of coil) | ชุดละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปากคีบ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA | | | |
| 4415 | | 4.4.15 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer atrial septal occluder) | ชุดละ | 85,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน | | | |
| 4416 | | 4.4.16 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียม (Delivery system for atrial septal occluder) | ชุดละ | 19,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน | | | |
| 4417 | | 4.4.17 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer duct occluder) | ชุดละ | 35,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดและสามารถใช้ปิดตำแหน่งหลอดเลือดเกิน และรูรั่วชนิดอื่นได้ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA | | | |
| 4418 | | 4.4.18 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Delivery system for Amplatzer duct occluder) | ชุดละ | 19,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA | | | |
| 4419 | | 4.4.19 ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device) | ชุดละ | 40,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย | | | |
| 4420 | | 4.4.20 สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon atrial septostomy catheter) | ชุดละ | 6,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจ | | | |
| 4421 | | 4.4.21 สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter) | ชุดละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด | | | |
| 4422 | | 4.4.22 สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy) | ชุดละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ และเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ | | | |
| 4423 | | 4.4.23 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis) | ชุดละ | 5,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ | | | |
| 4424 | | 4.4.24 สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra aortic balloon catheter) | ชุดละ | 28,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วยบอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซฮีเลียมใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาด้วยยาไม่ได้ผล | | | |
| 4500 | **4.5** | **เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.5.1 - 4.5.4 สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวในระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย | | | |
| 4501 | | 4.5.1 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single chamber pacemaker) | ชุดละ | 50,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างห้องเดียว | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4502 | | 4.5.2 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Rate responsive pacemaker) | ชุดละ | 60,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียว สามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed rate pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก | | | |
| 4503 | | 4.5.3 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker) | ชุดละ | 80,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ ต้องการ AV synchrony เช่นหัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic cardiomyopathy | | | |
| 4504 | | 4.5.4 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน ปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Dual chamber rate responsive pacemaker) | ชุดละ | 90,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ 4.5.2 ร่วมกับ 4.5.3 | | | |
| 4505 | | 4.5.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker) | ชุดละ | 200,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated cardiomyopathy หรือ Ischemic cardiomyopathy ) | | | |
| 4506 | | 4.5.6 เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter-defibrillator) | ชุดละ | 200,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ | | | |
| | | 1. มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular tachycardia or fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้ | | | |
| | | 2. เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ชนิดร้ายแรง | | | |
| | | 3. มีโรคหัวใจอยู่แล้วและมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่นเคย เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจ ห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< 35%) หรือเป็น Long QT Syndrome | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4507 | | 4.5.7 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร | ชุดละ | 15,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.1 | | | |
| 4508 | | 4.5.8 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจชนิดใส่ไว้ชั่วคราว | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.1 แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราว หรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป | | | |
| 4509 | | 4.5.9 สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead) | ชุดละ | 70,000 | |
| | | **ลักษณะ** ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker) | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.5 | | | |
| 4510 | | 4.5.10 สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead) | ชุดละ | 100,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.6 | | | |
| 4511 | | 4.5.11 แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ ( Multipolar electrode catheter) | จุดละ | 3,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ลักษณะ** เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย 2 แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac electrophysiologic study) หรือใช้กระตุ้นหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับ เครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน | | | |
| 4600 | 4.6 | สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.6.2 - 4.6.4 สำหรับผู้ป่วยที่มี หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต | | | |
| 4602 | | 4.6.2 สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter) | ชุดละ | 28,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2 -10 ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาดด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation) | | | |
| 4603 | | 4.6.3 สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติในสนามแม่เหล็ก(CARTO catheter) | ชุดละ | 100,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2 - 10 ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่รักษายากเป็นพิเศษ โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สร้างภาพสามมิติ (CARTO) | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4604 | | 4.6.4 สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจรูปบ่วงบาศก์ (LASSO catheter) | ชุดละ | 60,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2 - 10 ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation | | | |
| 4605 | | 4.6.5 สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter) | ชุดละ | 5,000 | |
| | | **ลักษณะ** ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้**<br>1. Syncope or near syncope of unknown etielogy | | | |
| | | 2. Arrthythmia induction | | | |
| 4700 | **4.7** | **อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด และท่อนำสายสวน** | | | |
| 4701 | | 4.7.1 สายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath) | ชุดละ | 1,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือดเพื่อไว้เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่นๆ เข้า - ออกจากร่างกาย | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ | | | |
| 4702 | | 4.7.2 อุปกรณ์ซ่อมปิดหลอดเลือด (Vascular closure device) | ชุดละ | 9,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับปิดรูที่ผนังหลอดเลือดหลังทำการสวนหัวใจ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในห้องตรวจสวนหัวใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานหลายชั่วโมงได้หลังการกดห้ามเลือดแบบธรรมดา | | | |
| 4704 | | 4.7.4 สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter) | ชุดละ | 7,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน | | | |
| 4705 | | 4.7.5 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire) | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน | | | |
| 4800 | **4.8** | **อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน** | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.8.1- 4.8.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ 4.8.1 และ 4.8.2 เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4801 | | 4.8.1 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon) | ชุดละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย | | | |
| 4802 | | 4.8.2 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent) | ชุดละ | 50,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย | | | |
| 4803 | | 4.8.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft) | ชุดละ | 100,000 | |
| | | **ลักษณะ** สายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย | | | |
| 4804 | | 4.8.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft) | ชุดละ | 280,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า | | | |
| | | **หมวด 5 ทางเดินอาหาร** | | | |
| 5100 | **5.1** | **ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร** | | | |
| 5101 | | 5.1.1 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว | เส้นละ | 300 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน ที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้นานเกิน 1 เดือน | | | |
| 5103 | | 5.1.3 ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง(Percutaneous endoscopic gastrostomy:PEG set) | อันละ | 5,400 | |
| | | **ลักษณะ** ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน 4 เดือนขึ้นไป | | | |
| 5104 | | 5.1.4 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก(Nasojejunostomy, NJ tube) | เส้นละ | 2,700 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน | | | |
| 5200 | **5.2** | **วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด** | | | |
| 5201 | | 5.2.1 ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator) | ชุดละ | 4,500 | |
| | | **ลักษณะ** ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า 4 เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ | | | |
| 5300 | **5.3** | **วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี** | | | |
| 5301 | | 5.3.1 อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator) | เส้นละ | 4,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย | | | |
| 5302 | | 5.3.2 ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type) | อันละ | 1,300 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน | | | |
| 5303 | | 5.3.3 ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ(Biliary stent: Self expandable metal stent) | อันละ | 20,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้ | | | |
| 5304 | | 5.3.4 ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube) | อันละ | 2,200 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว | | | |
| | 5.5 | เครื่องมือช่วยการผ่าตัดลำไส้ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 5.5.1-5.5.3 ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ ที่ไม่สามารถตัดต่อลำไส้ด้วยวิธีปกติ และหลีกเลี่ยงการที่ต้องมีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการต่อลำไส้ | | | |
| 5501 | | 5.5.1 เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลม | อันละ | 13,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับตัดต่อลำไส้ตรง (Rectum) ส่วน 2 ใน 3 ล่างเท่านั้น | | | |
| 5502 | | 5.5.2 เครื่องมือเย็บลำไส้อัตโนมัติ | อันละ | 7,400 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 5.5.1 | | | |
| 5503 | | 5.5.3 เครื่องมือเย็บลำไส้อัตโนมัติแบบปรับหัวได้ | อันละ | 12,100 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 5.5.1 | | | |
| | | **หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์** | | | |
| | **6.0** | **สายระบายปัสสาวะ** | | | |
| 6006 | | สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง | เส้นละ | 600 | เฉพาะคนพิการ |
| | | **หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น** | | | |
| 7000 | **7.0** | **ข้อเทียม** | | | |
| 7001 | | 7.0.1 ข้อนิ้ว | ข้อละ | 11,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ metacarpophalangeal joint | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (Conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ<br>มีทุพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ<br>มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ<br>มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา | | | |
| 7002 | | 7.0.2 ข้อศอก | ข้อละ | 22,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1 | | | |
| 7003 | | 7.0.3 ข้อไหล่ | ข้อละ | 65,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1 | | | |
| 7004 | | 7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ | ข้อละ | 50,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยซึ่ง | | | |
| | | 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ | | | |
| | | 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ | | | |
| | | 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน แล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา | | | |
| 7005 | | 7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ | ข้อละ | 50,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1 | | | |
| 7006 | | 7.0.6 ข้อตะโพกมีเบ้า(Total hip prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก | ข้อละ | 37,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1 | | | |
| 7007 | | 7.0.7 ข้อตะโพกไม่มีเบ้า( Austin-Moore prosthesis) | ข้อละ | 10,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1 | | | |
| 7008 | | 7.0.8 ข้อตะโพกแบบมีเบ้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Elmentlon) | ข้อละ | 120,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอกหรือการติดเชื้อ ซึ่ง | | | |
| | | 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ | | | |
| | | 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ | | | |
| | | 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ | | | |
| | | 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน แล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 7009 | | 7.0.9 วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting ring) | ข้อละ | 9,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อสะโพกที่เสื่อมสภาพที่มีพยาธิสภาพมากไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด | | | |
| 7010 | | 7.0.10 ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด 2 ชั้น (ไบโพล่า) | ข้อละ | 35,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 65 ปี ซึ่ง | | | |
| | | 1) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ | | | |
| | | 2) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และดามกระดูกภายในด้วยโลหะได้ | | | |
| 7011 | | 7.0.11 ข้อสะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์) | | 60,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง<br>1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ<br>2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ<br>3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ<br>4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน แล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา<br>5) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 7100 | **7.1** | **กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม** | | | |
| 7101 | | 7.1.1 หัวกระดูกเรเดียสเทียม | ชิ้นละ | 4,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้ | | | |
| 7102 | | 7.1.2 สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก | ชุดละ | 4,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสารจำพวก Hydroxyapatite | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูก ที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้ | | | |
| 7103 | | 7.1.3 เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ | เส้นละ | 3,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้ | | | |
| 7200 | 7.2 | โลหะดามยึดกระดูก | | | |
| 7201 | | 7.2.1 โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail) | ชิ้นละ | 1,400 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรงและรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 7202 | | 7.2.2 โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดมีรูล็อก (รวมค่าสกรู) | ชุดละ | 11,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้ | | | |
| 7203 | | 7.2.3 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู | ชุดละ | 5,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน | | | |
| 7204 | | 7.2.4 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw) | ชุดละ | 11,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน | | | |
| 7205 | | 7.2.5 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw) | ชุดละ | 11,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน | | | |
| 7206 | | 7.2.6 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู | ชุดละ | 24,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน | | | |
| 7207 | | 7.2.7 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate)(ระดับแรกไม่เกิน 24,000, ระดับถัดไปไม่เกิน 12,000 ต่อระดับ) | ระดับละ | 24,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อมหรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคงและไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ | | | |
| | | **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ 1 ชิ้นและสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) | | | |
| 7208 | | 7.2.8 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)(ระดับแรกไม่เกิน 25,000, ระดับถัดไปไม่เกิน 12,500 ต่อระดับ) | ระดับละ | 25,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ | | | |
| | | **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) | | | |
| 7209 | | 7.2.9 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate) | ชิ้นละ | 5,200 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ | | | |
| 7210 | | 7.2.10 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate) | ชิ้นละ | 2,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.2.9 | | | |
| 7211 | | 7.2.11 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress plate) | ชิ้นละ | 3,800 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ | | | |
| 7212 | | 7.2.12 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini plate) | ชิ้นละ | 1,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดเล็กที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค | | | |
| 7213 | | 7.2.13 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate) | ชิ้นละ | 2,700 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อนและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ | | | |
| 7214 | | 7.2.14 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate) | ชิ้นละ | 20,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่ซับซ้อนและเนื้อกระดูกผิดปกติจากโรคทางเมตะโบลิซึม โรคเลือด หรือ เนื้องอกบริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า | | | |
| 7215 | | 7.2.15 แผ่นโลหะดามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก | ชิ้นละ | 1,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณมือและนิ้ว | | | |
| 7216 | | 7.2.16 โลหะดามกระดูกภายนอก | ชุดละ | 10,000 | |
| | | **ลักษณะ** 1 ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก 2 แท่ง โลหะยึดกระดูก 4-6 แท่ง และคีมยึด 4-6 ตัว | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อน และหดกระดูก | | | |
| 7300 | **7.3** | **โลหะยึดกระดูก/เอ็น** | | | |
| 7301 | | 7.3.1 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) | ตัวละ | 2,400 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก | | | |
| 7302 | | 7.3.2 สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก | ตัวละ | 300 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.3.1 | | | |
| 7303 | | 7.3.3 แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่างๆ ( Schanz screw) | อันละ | 900 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป | | | |
| 7304 | | 7.3.4 สกรูยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก | ตัวละ | 800 | |
| | | **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกมือและนิ้วที่หักชนิดไม่มั่นคง | | | |
| 7305 | | 7.3.5 สกรูยึดเอ็นข้อเข่า | ตัวละ | 5,700 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า | | | |
| 7306 | | 7.3.6 หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น | ตัวละ | 5,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ | | | |
| 7307 | | 7.3.7 สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture anchor) | อันละ | 6,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก | | | |
| 7308 | | 7.3.8 ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system) | ชุดละ | 5,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม 1 อันและด้ายสำหรับเย็บ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า | | | |
| 7311 | | 7.3.11 ตะขอตรึงกระดูก (Staple) | ชิ้นละ | 1,000 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก | | | |
| 7313 | | 7.3.13 K-wire | ชิ้นละ | 300 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก | | | |
| 7314 | | 7.3.14 สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ | ชิ้นละ | 3,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ | | | |
| 7400 | **7.4** | **วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่น ๆ** | | | |
| 7401 | | 7.4.1 สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา | ชุดละ | 2,000 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก | | | |
| 7402 | | 7.4.2 สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม | ชิ้นละ | 4,300 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกัน เพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำและใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกในผู้ป่วยที่มีหรืออาจมีการติดเชื้อ และใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก | | | |
| 7500 | **7.5** | **กระดูกชีวภาพ** | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 7502 | | 7.5.2 กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก | ชิ้นละ | 5,000 | |
| | | **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บ หรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก | | | |
| 7503 | | 7.5.3 กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง | ชิ้นละ | 15,000 | |
| | | **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่ | | | |
| 7504 | | 7.5.4 กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่ | ชิ้นละ | 25,000 | |
| | | **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 7506 | | 7.5.6 แคลเซี่ยมไฮดอกซี เอพาไตต์ขนาด 1 ลูกบาศก์เซนติเมตร | ชิ้นละ | 2,500 | |
| | | **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกกระดูกที่มีความต้องการจำเพาะเช่นการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า | | | |
| 7600 | **7.6** | **อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ** | | | |
| 7601 | | 7.6.1 ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver) | อันละ | 4,500 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ | | | |
| | | **หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู** | | | |
| 8000 | **8.0** | **มือเทียม นิ้วเทียม** ( Hand prosthesis) | | | |
| 8001 | | 8.0.1 นิ้วเทียม(นิ้วหัวแม่มือ) | นิ้วละ | 1,000 | |
| 8002 | | 8.0.2 นิ้วเทียม( นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) | นิ้วละ | 1,000 | |
| 8003 | | 8.0.3 นิ้วเทียม(นิ้วก้อย) | นิ้วละ | 1,000 | |
| 8004 | | 8.0.4 นิ้วเทียมมากกว่า 2 นิ้วชิดกัน | ข้างละ | 3,000 | |
| 8005 | | 8.0.5 ถุงมือยางสำหรับมือขาดบางส่วน | ชุดละ | 5,000 | |
| 8100 | **8.1** | **แขนเทียม** (Prosthesis, upper extremity) | | | |
| 8108 | | 8.1.8 เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 1,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8109 | | 8.1.9 เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 3,000 | เฉพาะคนพิการ |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8110 | | 8.1.10 เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 3,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8111 | | 8.1.11 เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8112 | | 8.1.12 สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) | เส้นละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8200 | **8.2** | **ขาเทียม** (Prosthesis , lower extremity) | | | |
| 8209 | | 8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ | ข้างละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8210 | | 8.2.10 ขาเทียมชั่วคราวใต้เข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 1,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8211 | | 8.2.11 ขาเทียมชั่วคราวใต้เข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 3,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8212 | | 8.2.12 ขาเทียมชั่วคราวใต้เข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8213 | | 8.2.13 ขาเทียมชั่วคราวระดับเข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 4,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8214 | | 8.2.14 ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8215 | | 8.2.15 ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 4,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8216 | | 8.2.16 ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8217 | | 8.2.17 ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 6,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8218 | | 8.2.18 เบ้าขาเทียมใต้เข่า | ข้างละ | 3,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8219 | | 8.2.19 เบ้าขาเทียมระดับเข่า | ข้างละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8220 | | 8.2.20 เบ้าขาเทียมเหนือเข่า | ข้างละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8221 | | 8.2.21 เบ้าขาเทียมสะโพก | ข้างละ | 6,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8222 | | 8.2.22 สายเข็มขัดเทียม | ข้างละ | 250 | เฉพาะคนพิการ |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8223 | | 8.2.23 แป้นสายเข็มขัด | คู่ละ | 100 | เฉพาะคนพิการ |
| 8300 | **8.3** | **อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว** (Spinal orthosis) | | | |
| 8305 | | 8.3.5 เฝือกพยุงลำตัว | ชุดละ | 2,000 | |
| 8306 | | 8.3.6 โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด | ชุดละ | 8,000 | |
| 8307 | | 8.3.7 เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support ) | ชุดละ | 1,000 | |
| 8400 | **8.4** | **โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก** (Orthosis, upper extremity) | | | |
| 8401 | | 8.4.1 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือและข้อศอกเด็ก | ข้างละ | 800 | |
| 8402 | | 8.4.2 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือและข้อศอกผู้ใหญ่ | ข้างละ | 1,000 | |
| 8403 | | 8.4.3 โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง | ชุดละ | 1,000 | |
| 8500 | **8.5** | **โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า** (Orthosis, lower extremity) | | | |
| 8501 | | 8.5.1 โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวไม่มีข้อเข่า | ข้างละ | 1,500 | |
| 8502 | | 8.5.2 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 5,500 | |
| 8503 | | 8.5.3 โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 11,000 | |
| 8504 | | 8.5.4 พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 5,500 | |
| 8505 | | 8.5.5 โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 11,000 | |
| 8506 | | 8.5.6 พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 5,500 | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8507 | | 8.5.7 โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้ | ข้างละ | 12,000 | |
| 8508 | | 8.5.8 เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity) | เบ้าละ | 4,200 | |
| 8509 | | 8.5.9 เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB) | ข้างละ | 3,000 | |
| 8510 | | 8.5.10 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก) | ข้างละ | 1,200 | |
| 8511 | | 8.5.11 โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก) | ข้างละ | 4,000 | |
| 8512 | | 8.5.12 พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก) | ข้างละ | 1,500 | |
| 8513 | | 8.5.13 โลหะดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก) | ข้างละ | 5,000 | |
| 8514 | | 8.5.14 พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก) | ข้างละ | 1,800 | |
| 8515 | | 8.5.15 โลหะดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก) | ข้างละ | 6,000 | |
| 8519 | | 8.5.19 พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis) | ข้างละ | 3,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle instability) | | | |
| 8520 | | 8.5.20 สายรัดกันเท้าตก | ข้างละ | 150 | |
| 8521 | | 8.5.21 โลหะดามขาภายนอก-เด็กเล็กดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 4,200 | เฉพาะคนพิการ |
| 8522 | | 8.5.22 โลหะดามขาภายนอก-ขาเด็กขนาดกลางดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 5,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8523 | | 8.5.23 โลหะดามขาภายนอก-ขาเด็กขนาดใหญ่ดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 5,400 | เฉพาะคนพิการ |
| 8524 | | 8.5.24 PTB brace | ข้างละ | 4,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8525 | | 8.5.25 เบรสขาสั้น | ข้างละ | 300 | เฉพาะคนพิการ |
| 8526 | | 8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad | อันละ | 280 | เฉพาะคนพิการ |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8600 | 8.6 | **อุปกรณ์พยุงข้อ** (Single joint orthosis) | | | |
| 8601 | | 8.6.1 สายคล้องแขนกันไหล่หลุด | ข้างละ | 200 | |
| 8602 | | 8.6.2 สายคล้องแขน (Arm sling) | อันละ | 150 | |
| 8603 | | 8.6.3 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง | ข้างละ | 1,500 | |
| 8604 | | 8.6.4 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง | ข้างละ | 1,500 | |
| 8605 | | 8.6.5 แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก | ข้างละ | 500 | |
| 8606 | | 8.6.6 แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่ | ข้างละ | 1,500 | |
| 8609 | | 8.6.9 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป | คู่ละ | 1,200 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง | | | |
| 8610 | | 8.6.10 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย | ข้างละ | 2,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 8.6.9 | | | |
| 8700 | 8.7 | **เครื่องช่วยเดิน** (Walking Aids) | | | |
| 8701 | | 8.7.1 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (Pick-up-walker) | อันละ | 700 | |
| 8702 | | 8.7.2 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ | อันละ | 6,000 | |
| 8703 | | 8.7.3 ไม้เท้า 1 ปุ่ม | อันละ | 190 | |
| 8704 | | 8.7.4 ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม | อันละ | 600 | |
| 8705 | | 8.7.5 ไม้ค้ำยัน | คู่ละ | 250 | |
| 8706 | | 8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม | คู่ละ | 350 | เฉพาะคนพิการ |
| 8707 | | 8.7.7 ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา | อันละ | 360 | เฉพาะคนพิการ |
| 8708 | | 8.7.8 ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม | อันละ | 200 | เฉพาะคนพิการ |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8709 | | 8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker) | อันละ | 600 | เฉพาะคนพิการ |
| 8710 | | 8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker) | อันละ | 500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8800 | 8.8 | **รองเท้า** | | | |
| 8801 | | 8.8.1 รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก | คู่ละ | 600 | เฉพาะคนพิการ |
| 8802 | | 8.8.2 รองเท้าคนพิการขนาดกลาง | คู่ละ | 800 | เฉพาะคนพิการ |
| 8803 | | 8.8.3 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ | คู่ละ | 1,000 | เฉพาะคนพิการ |
| 8804 | | 8.8.4 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ | คู่ละ | 1,200 | เฉพาะคนพิการ |
| 8805 | | 8.8.5 ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ | ข้างละ | 400 | เฉพาะคนพิการ |
| 8806 | | 8.8.6 รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการชาที่เท้าหรือเท้าผิดรูป | ข้างละ | 2,000 | |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีเท้าผิดรูป หรือผู้ป่วยที่มีอาการชาที่เท้า (neuropathy) | | | |
| 8807 | | 8.8.7 แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่ | คู่ละ | 900 | เฉพาะคนพิการ |
| 8808 | | 8.8.8 แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก | คู่ละ | 700 | เฉพาะคนพิการ |
| 8809 | | 8.8.9 เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า | ข้างละ | 1,500 | เฉพาะคนพิการ |
| 8810 | | 8.8.10 T-strap | เส้นละ | 200 | เฉพาะคนพิการ |
| | | **หมวด 9 อื่นๆ** | | | |
| 9000 | 9.0 | **เกี่ยวกับผิวหนัง** | | | |
| 9001 | | 9.0.1 ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยอัมพาต | อันละ | 600 | เฉพาะคนพิการ |
| | | **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถพลิกตัวด้วยตนเองได้ | | | |
| | 9.2 | **รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์** | | | |
| | | 9.2.0 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ | | | |
| 9202 | | 9.2.0.2 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ 1 ชิ้น บน หรือล่าง | ชิ้นละ | 2,400 | |
| | | **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอคริลิก ชิ้นเดียว | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร | | | |
| 9203 | | 9.2.0.3 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ 2 ชิ้น บน หรือล่าง | ชุดละ | 4,400 | |
| | | **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร | | | |
| 9204 | | 9.2.0.4 ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ 1-5 ซี่ | ชิ้นละ | 1,300 | |
| | | **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร | | | |
| 9205 | | 9.2.0.5 ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ มากกว่า 5 ซี่ | ชิ้นละ | 1,500 | |
| | | **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก | | | |
| | | **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร | | | |
| | | (ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้วใน 9.2.0.4 - 9.2.0.5) | | | |
| | | หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม | | | |

| รหัส | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1. ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา 5 ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง)<br>2. การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว | | | |
| | | **รายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** | | | |
| H9339 | 1 | กายภาพบำบัด | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H9383 | 2 | กิจกรรมบำบัด | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H9375 | 3 | การประเมิน/แก้ไขการพูด | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H9449 | 4 | จิตบำบัด | ครั้ง | 300 | เฉพาะคนพิการ |
| H9433 | 5 | พฤติกรรมบำบัด | ครั้ง | 300 | เฉพาะคนพิการ |
| H9549 | 6 | การฟื้นฟูการได้ยิน | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H9378 | 7 | การฟื้นฟูการเห็น | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H9438 | 8 | Early Intervention | ครั้ง | 150 | เฉพาะคนพิการ |
| H0489 | 9 | Phenol block | ครั้ง | 500 | เฉพาะคนพิการ |

# ภาคผนวก 1.3
# หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ สำหรับการให้บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554

## 1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 บุคลากรที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับค่าตอบแทน คือ บุคลากรภาครัฐที่อยู่ในหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับ 1-4 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นแพทย์และทีมสนับสนุนที่มีคุณสมบัติดังนี้

1) ศัลยแพทย์โรคหัวใจ

2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ

3) กุมารแพทย์โรคหัวใจ

4) วิสัญญีแพทย์โรคหัวใจ

5) อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ (หน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับ 4)

โดยทีมสนับสนุน ได้แก่ บุคลากรที่สนับสนุนการให้บริการที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและต่อเนื่อง เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิค หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลเห็นสมควร

1.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษให้หน่วยบริการ

1) จ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ เพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการ

---

[1] คณะทำงานพัฒนาวิชาการตติยภูมิพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดของสำหนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มีข้อเสนอแนะแนวทางสำหรับหน่วยบริการที่จะจัดสรรค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษให้แพทย์และทีมสนับสนุนว่า ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ให้เป็นค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ และไม่ต่ำกว่าน้อยละ ๒๐ ให้เป็นค่าตอบแทนสำหรับทีมสนับสนุน แต่ทั้งนี้ให้เป็นดุลพินิจของคณะกรรมการบริหารศูนย์โรคหัวใจของแต่ละหน่วยบริการ

2) จ่ายตามผลงานจริงที่เกิดขึ้น (Work Load) ในปีงบประมาณ 2554 ด้วยระบบ Point system with ceiling and global budget โดย

2.1) คำนวณ point จากอัตราค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษที่กำหนดตามข้อ 1.3 และต้องไม่เกิน 50,000 บาทต่อแพทย์และทีมสนับสนุนต่อเดือน[1]

2.2) ผลงานที่ใช้ในการคำนวณเป็นผลงานที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

2.3) แพทย์ที่ให้บริการในส่วนภูมิภาคได้รับเพิ่มสองเท่าของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2.4) ค่าตอบแทนในกรณีแพทย์ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลไปช่วยผ่าตัดในส่วนภูมิภาค ให้หน่วยบริการในส่วนภูมิภาคพิจารณาดำเนินการได้ตามความเหมาะสม

2.5) ในกรณีที่ผู้รับบริการ 1 คนมีมากกว่า 1 procedure ในการทำหัตถการ 1 ครั้ง ให้ถือเป็น 1 ราย และให้คิดผลงานจากหัตถการที่มีอัตราค่าตอบแทนสูงสุดเท่านั้น

1.3 อัตราค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ

1) ทางด้านศัลยกรรม

| รายการ | | Payment Code* | อัตราค่าตอบแทน (บาท) | |
|---|---|---|---|---|
| | | | กทม. และปริมณฑล | ต่างจังหวัด |
| Surgery แยกตาม Class** | | | | |
| Class I | 1st operator | S110 | 2,000 | 4,000 |
| | 2nd operator | S120 | 600 | 1,200 |
| Class II | 1st operator | S210 | 4,000 | 8,000 |
| | 2nd operator | S220 | 1,200 | 2,400 |
| Class III | 1st operator | S310 | 6,000 | 12,000 |
| | 2nd operator | S320 | 1,800 | 3,600 |
| Class IV | 1st operator | S410 | 6,000 | 12,000 |
| | 2nd operator | S420 | 1,800 | 3,600 |
| Patent Ductus Arteriosus | 1st operator | S510 | 1,000 | 2,000 |
| | 2nd operator | S520 | 300 | 600 |

| รายการ | | Payment Code* | อัตราค่าตอบแทน (บาท) | |
|---|---|---|---|---|
| | | | กทม. และปริมณฑล | ต่างจังหวัด |
| Pulmonary Artery Banding | 1st operator | S610 | 1,000 | 2,000 |
| | 2nd operator | S620 | 300 | 600 |
| Blalock Taussig Shunt | 1st operator | S710 | 2,000 | 4,000 |
| | 2nd operator | S720 | 600 | 1,200 |

Anesthesia

| | | | |
|---|---|---|---|
| Class I | A100 | 1,000 | 2,000 |
| Class II | A200 | 2,000 | 4,000 |
| Class III | A300 | 3,000 | 6,000 |
| Class IV | A400 | 3,000 | 6,000 |
| Patent Ductus Arteriosus | A500 | 500 | 1,000 |
| Pulmonary Artery Banding | A600 | 500 | 1,000 |
| Blalock Taussig Shunt | A700 | 1,000 | 2,000 |

หมายเหตุ : * Payment code คือ รหัสการเบิกจ่ายเงินตามระบบของ สปสช.

** Class ของ Surgery แบ่งตามความยากง่ายของแต่ละหัตถการ

2) ทางด้านอายุรกรรม

| รายการ | Payment Code* | อัตราค่าตอบแทน (บาท) | |
|---|---|---|---|
| | | กทม. และปริมณฑล | ต่างจังหวัด |
| Catheter Intervention | | | |
| 1.1 PCI ** | | | |
| 1.1.1 PCI (1st Operator) | C110 | 1,000 | 2,000 |
| 1.1.2 PCI (2nd Operator) | C120 | 600 | 1,200 |
| 1.2 EP** | | | |
| 1.2.1 EP (1st Operator) | C210 | 1,000 | 2,000 |
| 1.2.2 EP (2nd Operator) | C220 | 600 | 1,200 |
| 1.3 Closed ASD/VSD | C300 | 1,000 | 2,000 |

| รายการ | Payment Code* | อัตราค่าตอบแทน (บาท) | |
|---|---|---|---|
| | | กทม. และปริมณฑล | ต่างจังหวัด |
| 1.4 Balloon Valvuloplasty | C400 | 1,000 | 2,000 |
| 1.5 Pace maker implantation | C500 | 600 | 1,200 |
| 1.6 Septectomy/septostomy | C600 | 1,000 | 2,000 |
| 1.7 Coil Embolization | C700 | 1,000 | 2,000 |
| 1.8 AICD | C800 | 1,000 | 2,000 |
| 1.9 Endovascular Therapy** | | | |
| 1.9.1 Endovascular therapy (1st Operator) | C910 | 2,000 | 4,000 |
| 1.9.2 Endovascular therapy (2nd Operator) | C920 | 600 | 1,200 |
| 1.10 Cardiac Resynchronization Therapy** | | | |
| 1.10.1 Cardiac Resynchronization Therapy (1st Operator) | C1010 | 1,000 | 2,000 |
| 1.10.2 Cardiac Resynchronization Therapy (2nd Operator) | C1020 | 600 | 1,200 |

Diagnostic Cath.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 Left/Right Heart | | | |
| 1.1.1 Left/Right Heart (Pediatric) | D101 | 1,000 | 2,000 |
| 1.1.2 Left/Right Heart (Adult) | D102 | 600 | 1,200 |
| 1.2 Left Heart Cath./CAG | | | |
| 1.2.1 Left Heart Cath./ CAG (Pediatric) | D201 | 1,000 | 2,000 |
| 1.2.2 Left Heart Cath./CAG (Adult) | D202 | 600 | 1,200 |

| รายการ | Payment Code* | อัตราค่าตอบแทน (บาท) | |
|---|---|---|---|
| | | กทม. และปริมณฑล | ต่างจังหวัด |

Non - Invasive

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 Echocardiography | | | |
| 1.1.1 Echocardiography | N110 | 200 | 400 |
| 1.1.2 Comprehensive Echocardiography*** | N120 | 600 | 1,200 |
| 1.2 Exercise Stress Test | | | |
| 1.2.1 Exercise Stress Test (Pediatric) | N201 | 200 | 400 |
| 1.2.2 Exercise Stress Test (Adult) | N202 | 200 | 400 |
| 1.3 Stress Echocardiography | N300 | 600 | 1,200 |
| 1.4 Holter | N400 | 200 | 400 |
| 1.5 Tilt Table test | N500 | 400 | 800 |

หมายเหตุ : * Payment code คือ รหัสการเบิกจ่ายเงินตามระบบของ สปสช.

** ในกรณีที่ผู้ป่วยหนักที่ทำ Ablation ต้องใช้แพทย์ 2 คนในการทำหัตถการให้ใช้แบบ 2nd Operator

*** Comprehensive Echocardiography(N120) หมายถึง การทำ Echocardiography ที่มีการตรวจดังต่อไปนี้ครบทุกข้อ

1) มีบันทึกที่สามารถตรวจสอบได้ในรูปวิดีโอ ภาพนิ่ง หรือ Digital File
2) มีการตรวจ 2-D ครบถ้วนทั้ง Subcostal, 4-chamber, 5-chamber, parasternal, suprasternal view
3) มีการตรวจ Color Doppler
4) มีการตรวจ M-Mode ยกเว้นในผู้ป่วยเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี
5) มีรายงานผลการตรวจที่ครบถ้วนชัดเจน

## 2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็ง

2.1 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษให้หน่วยบริการ

1) จ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ เพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการ

2) จ่ายตามผลงานจริงที่เกิดขึ้น (Work Load) ในปีงบประมาณ 2554 และเป็นผลงานที่ให้บริการเองโดยหน่วยบริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

3) แนวทางการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะทำงานพัฒนาวิชาการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรให้บุคลากรในหน่วยบริการ

1) จ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ เพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการ

2) อัตราจ่ายให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งของหน่วยบริการกำหนด

3) บุคลากรที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับค่าตอบแทน คือ บุคลากรในภาครัฐที่อยู่ในหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

3.1) แพทย์ที่ให้การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง ทุกสาขา ตามภาระงานผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ขั้นต่ำ ดังนี้

| แพทย์เฉพาะด้านสาขา | เกณฑ์ผลงานที่กำหนดขั้นต่ำ (ผู้ป่วยรายใหม่/ปี) |
|---|---|
| 1. Medical Oncologist | 50 ราย/ปี |
| 2. Medical Hematologist | 50 ราย/ปี |
| 3. Pediatric Hemato Oncologist | 20 ราย/ปี |
| 4. Radiation Oncologist | 50 ราย/ปี |
| 5. Gynaecological-oncologist | 30 ราย/ปี |

| แพทย์เฉพาะด้านสาขา | เกณฑ์ผลงานที่กำหนดขั้นต่ำ (ผู้ป่วยรายใหม่/ปี) |
|---|---|
| 6. Oncology surgeon(ผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งและติดตามดูแล) โดยกำหนดเป็น Major operation ดังนี้ | |
| 6.1 Ca Breast | 20 ราย/ปี |
| 6.2 Liver-Gastrointestinal | 20 ราย/ปี |
| 6.3 Thyroid | 20 ราย/ปี |
| 6.4 Urology | 20 ราย/ปี |
| 6.5 Colon – Rectum Surgery | 20 ราย/ปี |
| 6.6 Neuro Surgery | 20 ราย/ปี |
| 6.7 Head and neck surgery Plastic | 20 ราย/ปี |
| 6.8 Orthopedics | 20 ราย/ปี |
| 6.9 Pediatric | 20 ราย/ปี |
| 6.10 CVT | 20 ราย/ปี |
| 6.11 Gynaecology Cancer | 20 ราย/ปี |
| 6.12 Soft tissue tumor | 20 ราย/ปี |
| 6.13 Mixed Cancer cases | 20 ราย/ปี |
| 7. Cancer Pain Specialist /Palliative | 50 ราย/ปี |
| 8. Interventional Radiologist | 20 ราย/ปี |
| 9. Nuclear Medicine | 20 ราย/ปี |
| 10. Pathologist | 200 ราย/ปี |

หมายเหตุ : ทั้งนี้ ด้านศัลยกรรม ไม่นับกรณีผู้ป่วย Biopsy (การผ่าตัดเอาเนื้อของอวัยวะส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย)

3.2) ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลโรคมะเร็ง หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งของหน่วยบริการ

## 3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับหน่วยบริการที่จัดบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล

3.1 หน่วยบริการและบุคลากรที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ คือ

1) เป็นหน่วยบริการที่แสดงความจำนง เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะต้องแสดงแผนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของแพทย์ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

2) หน่วยบริการจะต้องมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ

2.1) แพทย์ที่มีวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2.2) แพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาใดๆ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Advance Cardiac Life Support (ACLS) ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ หรือหลักสุตร Advance Trauma Life Support (ATLS) ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ไม่เกิน 5 ปี

3) หน่วยบริการสามารถจัดบริการภาวะฉุกเฉินได้ตามศักยภาพ ตั้งแต่ระดับ ก. ถึงระดับ ค (โดยการจัดกลุ่มหน่วยบริการตามศักยภาพบริการจะใช้ศักยภาพสูงสุดเป็นตัวกำหนด) ดังนี้

ระดับ ก : หมายถึง หน่วยบริการจัดให้มีแพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ระดับ ข: หมายถึง การจัดให้มีแพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน แต่ไม่สามารถอยู่เวรครบ 24 ชั่วโมง จึงต้องจัดเวรโดยให้แพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาใดๆ ที่ผ่านการอบรม ATLS จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ACLS จากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ ไม่เกิน 5 ปี มาปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินร่วมด้วยตลอด 24 ชม.

ระดับ ค : หมายถึง การจัดให้มีแพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน /หนังสืออนุมัติสาขาใดๆ ที่ผ่านการอบรม ATLS จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ ACLS สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ ไม่เกิน 5 ปี ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินร่วมด้วยแต่ยังไม่ครบ 24 ชม.

4) บุคลากรที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ ต้องปฏิบัติงานอยู่ในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

3.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษให้หน่วยบริการ

จ่ายเฉพาะการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในอัตราต่อการทำงาน 8 ชั่วโมงติดต่อกัน ดังนี้

1) สำหรับแพทย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ทั้งวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเพิ่มเติมจากที่หน่วยบริการจ่าย เป็นเงิน 2,200 บาทต่อ 8 ชั่วโมง (เพื่อสมทบให้ได้ในอัตรา 4,000 บาทต่อ 8 ชั่วโมง)
2) แพทย์ระดับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาใดๆ ที่ผ่านการอบรม หลักสูตร ACLS ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ หรือหลักสูตร ATLS ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นค่าตอบแทนให้กับ แพทย์ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเพิ่มเติมจากที่หน่วยบริการจ่าย เป็นเงิน 1,600 บาทต่อ 8 ชั่วโมง(เพื่อสมทบให้ได้ในอัตรา 3,400 บาทต่อ 8 ชั่วโมง)

3.3 หลักเกณฑ์การจัดสรรให้บุคลากรในหน่วยบริการ

1) จ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ เพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการ
2) อัตราการจ่ายเป็นไปตามข้อ 3.2 หรือตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินของแต่ละหน่วยบริการกำหนด

# ภาคผนวก 2

## รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการ ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2554

# ภาคผนวก 2.1
## รายการ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

รายการวัสดุ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการที่กำหนดไว้นี้ เพื่อใช้ในการอ้างอิงราคากลาง ในการจัดสรรงบประมาณด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการปี 2554 ให้กับหน่วยบริการภายใต้การพิจารณาของสาขาเขตพื้นที่

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์** | | | |
| | **6.0** | **สายระบายปัสสาวะ** | | | |
| 6006 | | สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง | เส้นละ | 600 | |
| | **8.1** | **แขนเทียม** (Prosthesis, upper extremity) | | | |
| 8108 | | 8.1.8 เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 1,500 | |
| 8109 | | 8.1.9 เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 3,000 | |
| 8110 | | 8.1.10 เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 3,000 | |
| 8111 | | 8.1.11 เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) | อันละ | 4,000 | |
| 8112 | | 8.1.12 สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) | เส้นละ | 4,000 | |
| 8209 | | 8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ | ข้างละ | 4,000 | |
| 8210 | | 8.2.10 ขาเทียมชั่วคราวใต้เข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 1,500 | |
| 8211 | | 8.2.11 ขาเทียมชั่วคราวใต้เข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 3,500 | |
| 8212 | | 8.2.12 ขาเทียมชั่วคราวระดับเข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,000 | |

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8213 | | 8.2.13 ขาเทียมชั่วคราวระดับเข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 4,500 | |
| 8214 | | 8.2.14 ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข่าเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,000 | |
| 8215 | | 8.2.15 ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข่าเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 4,500 | |
| 8216 | | 8.2.16 ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเบ้าทำด้วยเฝือก | ข้างละ | 2,500 | |
| 8217 | | 8.2.17 ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเบ้าทำด้วยพลาสติก | ข้างละ | 6,500 | |
| 8218 | | 8.2.18 เบ้าขาเทียมใต้เข่า | ข้างละ | 3,000 | |
| 8219 | | 8.2.19 เบ้าขาเทียมระดับเข่า | ข้างละ | 4,000 | |
| 8220 | | 8.2.20 เบ้าขาเทียมเหนือเข่า | ข้างละ | 4,000 | |
| 8221 | | 8.2.21 เบ้าขาเทียมสะโพก | ข้างละ | 6,000 | |
| 8222 | | 8.2.22 สายเข็มขัดเทียม | ข้างละ | 250 | |
| 8223 | | 8.2.23 แป้นสายเข็มขัด | คู่ละ | 100 | |
| 8521 | | 8.5.21 โลหะดามขาภายนอก -เด็กเล็กดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 4,200 | |
| 8522 | | 8.5.22 โลหะดามขาภายนอก -ขาเด็กขนาดกลางดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 5,000 | |
| 8523 | | 8.5.23 โลหะดามขาภายนอก -ขาขนาดใหญ่ดามข้อเท้า (Knee-orthosis) | ข้างละ | 5,400 | |
| 8524 | | 8.5.24 PTB brace | ข้างละ | 4,000 | |
| 8525 | | 8.5.25 เบรสขาสั้น | ข้างละ | 300 | |
| 8526 | | 8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad | อันละ | 280 | |
| 8706 | | 8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม | คู่ละ | 350 | |
| 8707 | | 8.7.7 ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา | อันละ | 360 | |
| 8708 | | 8.7.8 ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม | อันละ | 200 | |

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท | หน่วย | ราคากลาง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| 8709 | | 8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker) | อันละ | 600 | |
| 8710 | | 8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker) | อันละ | 500 | |
| 8807 | | 8.8.7 แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่ | คู่ละ | 900 | |
| 8808 | | 8.8.8 แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก | คู่ละ | 700 | |
| 8809 | | 8.8.9 เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า | ข้างละ | 1,500 | |
| 8810 | | 8.8.10 T-strap | เส้นละ | 200 | |
| | **8.9** | **อุปกรณ์อื่น ๆ** | | | |
| | | **หมวด 9 อื่นๆ** | | | |
| | **9.0** | **เกี่ยวกับผิวหนัง** | | | |
| 9001 | | 9.0.1 ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยอัมพาต | อันละ | 600 | |
| | | รายการอื่นๆตามความจำเป็นตามราคาจริง (จากการพิจารณา ของ อปสข.) | | | |

## รายการ วัสดุ อุปกรณ์
## เพิ่มเติมจากการโอนย้ายรายการกองทุนค่าใช้จ่ายสูงฯ

| รหัส | รายการ | ราคา |
|---|---|---|
| 8801 | รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก | 600 |
| 8802 | รองเท้าคนพิการขนาดกลาง | 800 |
| 8803 | รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ | 1,000 |
| 8804 | รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ | 1,200 |
| 8805 | ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ | 400 |
| 2501 | เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี | 15,000 |
| 2502 | เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่ | 13,500 |

# รายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

**ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ โดยเพิ่มเติมในโปรแกรมรายงานอุปกรณ์ฯและให้พิจารณาสนับสนุนภายใต้การพิจารณาของคณะกรรมการระดับเขต**

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท |
|---|---|---|
| | **2.3** | **เครื่องช่วยการมองเห็น** |
| 2301 | | 2.3.1 เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาพิการ (Visual aids) |
| 2302 | | 2.3.2 กล้องส่องดูไกลขนาดเล็กน้ำหนักเบาพับเก็บได้ สำหรับผู้มีสายตาเลือนรางใช้พกพา กำลังขยาย 8 เท่า |
| 2303 | | 2.3.3 กล้องส่องดูไกลชนิดตาเดียว กำลังขยาย 6 เท่า monocular 6X |
| 2304 | | 2.3.4 กล้องส่องดูไกลชนิดตาเดียว กำลังขยาย 8 เท่า |
| 2305 | | 2.3.5 กล้องส่องดูไกลชนิดตาเดียว กำลังขยาย 8 เท่า monocular 6X |
| 2306 | | 2.3.6 กล้องส่องดูไกลหน้าเลนส์สี่เหลี่ยมสำหรับมองสิ่งรอบตัวได้ในระยะใกล้ 1 เมตร กำลังขยาย 6 เท่า |
| 2307 | | 2.3.7 กล้องส่องตาเดียว แวริโอ พลัส ระบบปริซึม |
| 2308 | | 2.3.8 กล้องส่องทางไกลสองตา กำลังขยาย 10 เท่า |
| 2309 | | 2.3.9 แท่นรองอ่านหนังสือสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น |
| 2310 | | 2.3.10 เลนส์แก้วขยายภาพชนิดรวมแสง ใช้วางทาบบนวัตถุ ขนาด 2X/50 mm, 2X/65 mm |
| 2311 | | 2.3.11 เลนส์ขยายภาพชนิดรวมแสงใช้วางทาบบนวัตถุ กำลังขยาย 6 เท่า |
| 2312 | | 2.3.12 แว่นกรองแสงสำหรับผู้มีสายตาเลือนราง (กรองแสงที่ 380 nm.) Special Glasser |
| 2313 | | 2.3.13 แว่นกรองแสงสำหรับผู้มีสายตาเลือนราง (กรองแสงที่ 450 หรือ 511 หรือ 527 nm.) Special Glasser |
| 2314 | | 2.3.14 แว่นขยายชนิดพกพาขนาดเล็ก กำลังขยาย 10 เท่า |
| 2315 | | 2.3.15 แว่นขยายชนิดพกพาขนาดเล็ก กำลังขยาย 4 เท่า |
| 2316 | | 2.3.16 แว่นขยายชนิดพกพาขนาดเล็ก กำลังขยาย 7 เท่า |
| 2317 | | 2.3.17 แว่นขยายแบบมือถือชนิดด้ามถือมีเลนส์ขยาย 5 เท่า |
| 2318 | | 2.3.18 แว่นขยายมือถือแบบพกพาที่มีแสงไฟในตัว ใช้มองพร้อมมีกล้องส่องทางไกลใช้มองไกลในตัวเดียวกันกำลังขยาย มองใกล้ 3.2 เท่า มองไกล 2.5 เท่า |
| 2319 | | 2.3.19 แว่นขยายมือถือแบบพกพาที่มีแสงไฟในตัว กำลังขยาย 10 เท่า |

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท |
|---|---|---|
| 2320 | | 2.3.20 แว่นขยายมือถือแบบพกพาที่มีแสงไฟในตัว กำลังขยาย 5 เท่า |
| 2321 | | 2.3.21 แว่นขยายมือถือแบบพกพาที่มีแสงไฟในตัวหน้าเลนส์กว้าง กำลังขยาย 3.5 เท่า |
| 2322 | | 2.3.22 แว่นขยายระบบ Video เพื่อขยายภาพออกจอโทรทัศน์ กำลังขยาย 17.5 เท่า |
| 2323 | | 2.3.23 แว่นตาขยายภาพชนิดเลนส์ นูนที่มีกำลังขยายสูง 4 - 12 X (เลนส์มีสองข้าง) |
| 2324 | | 2.3.24 แว่นตาขยายภาพชนิดเลนส์ นูนที่มีกำลังขยายสูง 4-12 X (เลนส์มีข้างเดียว) |
| 2325 | | 2.3.25 แว่นตาขยายภาพแบบสองตา (Binocalar) ซึ่งมี Optics ชนิด Diffactive กำลัง 2.5 X (+10) |
| 2326 | | 2.3.26 แว่นตาติดกล้องส่องทางไกล (สองตา) สำหรับมองไกล กำลังขยาย 2.8 เท่า |
| 2327 | | 2.3.27 แว่นตาติดกล้องส่องทางไกล (สองตา) สำหรับมองไกล กำลังขยาย 3.5 เท่า |
| 2328 | | 2.3.28 แว่นตาระบบกล้องส่องดูไกลชนิดสองตา ระบบ Galileun |
| 2329 | | 2.3.29 อุปกรณ์แว่นขยายแบบโคมไฟมีแสงไฟในตัว กำลังขยาย 1.75 เท่า |
| 2330 | | 2.3.30 อุปกรณ์แว่นขยายแบบวางตั้ง กำลังขยาย 10 เท่า ชนิดมีที่สอดปากกาที่ฐาน |
| 2331 | | 2.3.31 อุปกรณ์แว่นขยายแบบวางตั้ง กำลังขยาย 12.5 เท่า ชนิดมีที่สอดปากกาที่ฐาน |
| 2332 | | 2.3.32 อุปกรณ์แว่นขยายแบบวางตั้ง ชนิดมีที่สอดปากกาที่ฐาน กำลังขยาย 6 เท่า |
| | **8.1** | **แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)** |
| 8101 | | 8.1.1 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน |
| 8102 | | 8.1.2 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน |
| 8103 | | 8.1.3 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ |
| 8104 | | 8.1.4 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ |

| รหัสอุปกรณ์ | ลำดับที่ | ประเภท |
|---|---|---|
| 8105 | | 8.1.5 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ |
| 8106 | | 8.1.6 แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ |
| 8107 | | 8.1.7 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้ว เหมือนของจริง ระบบใช้งานได้ |
| | **8.2** | **ขาเทียม (Prosthesis , lower extremity)** |
| 8201 | | 8.2.1 ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes) |
| 8202 | | 8.2.2 ขาเทียมระดับใต้เข่า แกนนอก |
| 8203 | | 8.2.3 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน |
| 8204 | | 8.2.4 ขาเทียมระดับข้อเข่า |
| 8205 | | 8.2.5 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก |
| 8206 | | 8.2.6 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน |
| 8207 | | 8.2.7 ขาเทียมระดับตะโพกแกนนอก |
| 8208 | | 8.2.8 ขาเทียมระดับสะโพกแกนใน |
| | **8.9** | **อุปกรณ์อื่น ๆ** |
| 8901 | | 8.9.1 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ |
| 8902 | | 8.9.2 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้ |
| 8903 | | 8.9.3 เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ |

# ภาคผนวก 2.2
## รายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

| ลำดับที่ | กิจกรรม | การจัดสรรค่าบริการ |
|---|---|---|
| 1 | กายภาพบำบัด | กำหนดจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้กับหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ และตามผลการดำเนินงาน ที่บันทึกในระบบ “รายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต/คณะกรรมการฟื้นฟูฯ เขต |
| 2 | กิจกรรมบำบัด | |
| 3 | การประเมิน/แก้ไขการพูด | |
| 4 | จิตบำบัด | |
| 5 | พฤติกรรมบำบัด | |
| 6 | การฟื้นฟูการได้ยิน | |
| 7 | การฟื้นฟูการเห็น | |
| 8 | Early Intervention | |
| 9 | Phenol block | |
| 10 | บริการฟื้นฟูฯ อื่นๆ | |

## นิยามรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

**กายภาพบำบัด**

การกระทำต่อมนุษย์โดยวิธีทางกายภาพบำบัดเพื่อแก้ไขและฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย อันเนื่องมาจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายในการดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

**กิจกรรมบำบัด**

การใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายกับบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดจากการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยทางกาย ความบกพร่องทางจิตสังคม ความบกพร่องทางด้านพัฒนาการหรือการเรียนรู้จากกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย เพื่อให้มีอิสระพึ่งตนเองได้มากที่สุด บริการเฉพาะทางกิจกรรมบำบัด ได้แก่ การสอนทักษะทางกิจวัตรประจำวันการพัฒนาทักษะทางการเคลื่อนไหวและการ

รับรู้และการทำหน้าที่ของกระบวนการผสมผสานความรู้สึก การพัฒนาทักษะการเล่นและความสามารถทางด้านการเตรียมความพร้อมในการประกอบอาชีพ และความสามารถในกิจกรรมยามว่าง การออกแบบ ประดิษฐ์หรือเลือกใช้เครื่องดามพยุงข้อหรืออุปกรณ์ดัดแปลง/เครื่องช่วยคนพิการ

**การประเมินการแก้ไขการพูด**

การตรวจวินิจฉัย ชนิด ประเภท ความรุนแรง พยาธิสภาพ สาเหตุ โดยใช้เครื่องมือและแบบทดสอบพิเศษ และการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู สมรรถภาพด้านภาษาและการพูดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการสื่อความหมายทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยประเภท พูดช้า พูดไม่ชัด พูดติดอ่าง พูดไม่คล่อง พูดนึกคำลำบาก พูดเสียงแหบ พูดเสียงห้าว เป็นต้น

Early Intervention

คือ การกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มีการพัฒนาการช้า เช่นการฝึกนั่ง ยืน, เดิน, เคลื่อนที่

**Phenol block** คือ การฉีดยา Phenol ไปที่กล้ามเนื้อเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ

# ภาคผนวก 2.3
## แนวทางสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ คนตาบอด
## ด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation&Mobility) ปี 2554

### 1. หลักการและเหตุผล

ผลการสำรวจความพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่มีความพิการจำนวน 1.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในจำนวนนี้มีประชากรที่จัดเป็นผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 746,549 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.1 ของประชากร ซึ่งในจำนวนนี้มีทั้งคนที่จัดเป็นคนตาบอดและคนสายตาเลือนรางจำนวนมาก ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง สามารถเรียนหนังสือได้ ทำงาน ได้และพึ่งตนเองได้ ทำประโยชน์ให้แก่สังคม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการและจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation&Mobility) ขึ้นเพื่อให้คนตาบอดผู้รับบริการสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ประโยชน์ได้จริงในการดำรงชีวิตประจำวัน นับตั้งแต่การช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงการประกอบอาชีพด้วย

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็น ได้รับบริการตรวจสุขภาพตาและประเมินความสามารถในการมองเห็น และเข้าสู่การฟื้นฟูฯ อย่างเป็นระบบ

2.2 เพื่อให้ผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็น ที่จำเป็นต้องได้รับบริการ O&M ได้รับอุปกรณ์(ไม้เท้าขาว) ควบคู่กับบริการ O&M ที่มีคุณภาพ รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

2.3 เพื่อให้เกิดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด

## 3. กลุ่มเป้าหมาย

- คนตาบอดที่จำเป็นต้องได้รับบริการ ได้แก่
- ผู้มีความพิการทางการมองเห็น (ตาบอด/สายตาเลือนราง)
- ผู้มีความพิการตั้งแต่กำเนิด/ภายหลัง
- อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

## 4. พื้นที่ดำเนินการ

เพิ่มเติมหน่วยบริการระดับจังหวัดที่มีความพร้อม โดยขยายจากพื้นที่เป้าหมายในปี 2553 อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด

## 5. วิธีดำเนินการ

5.1 หน่วยบริการ สมัคร/แสดงความจำนง เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ ด้าน O&M กับสปสช.เขต

5.2 หน่วยบริการคัดเลือกบุคลากร จำนวน 1-2 คน เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อทำหน้าที่ให้บริการอบรม O&M แก่คนพิการทางสายตา ในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน(O&M instructor) ระยะเวลา 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6-8 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการ ณ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนโดย สปสช.ส่วนกลาง

5.3 หน่วยบริการจัดเตรียมความพร้อมด้านสถานที่สำหรับการจัดบริการคนตาบอด ฯ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีในจังหวัด เช่น สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สาขาในภูมิภาค ศูนย์การศึกษาพิเศษ โรงเรียนสอนคนตาบอดหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่

5.4 ประชาสัมพันธ์และประสานสร้างเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เช่น หน่วยบริการในพื้นที่เป้าหมาย (รพช. สอ. PCU) หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการค้นหา คัดกรอง และส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับการตรวจประเมิน ณ ศูนย์บริการ O&M เพื่อให้ได้รับบริการตามความเหมาะสมและจำเป็น

5.5 หน่วยบริการดำเนินการจัดบริการ ดังนี้

5.5.1 จัดให้มีการตรวจสุขภาพตา ประเมินความสามารถในการมองเห็น กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์บริการที่คาดหวังรายบุคคล จัดทำรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษรและขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับบริการ O&M

5.5.2 ให้มีการวางแผนการให้บริการเฉพาะบุคคล และให้บริการตามหลักสูตรที่กำหนด (80-120 ชั่วโมง) ซึ่งสามารถแบ่งให้บริการได้ตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

5.5.3 ให้มีการบริการ O&M แก่คนพิการตาบอด โดยการจัดบริการในระยะแรก ด้วยวิธีการประสานความร่วมมือกับสมาคมคนตาบอดหรือองค์กรอื่นๆ เช่น ศูนย์ธรรมมิกชนฯ โรงเรียนสอนคนตาบอด สนับสนุนครูฝึกร่วมวางแผนให้บริการ และในระยะต่อเนื่อง หน่วยงานดำเนินการจัดบริการโดยครูฝึกของหน่วยบริการเอง (จากบุคลากรของหน่วยบริการ ที่เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M instructor) ที่พร้อมและสนับสนุนการขยายเครือข่ายให้บริการในจังหวัดอื่นต่อไป

5.5.4 หน่วยบริการและเครือข่ายบริการ จัดสถานที่ให้บริการ วัสดุ อุปกรณ์ ที่พักสำหรับการฝึกที่ชัดเจน เหมาะสม ปลอดภัย

5.5.5 ให้บริการ O&M โดยครูฝึกที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กำหนด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกฯไว้กับศูนย์และ สปสช. แล้วเท่านั้น

5.5.6 จัดบริการตามรูปแบบที่กำหนด โดยกำหนดรูปแบบการจัดบริการ ดังนี้

1) การให้บริการเป็นกลุ่ม ครั้งละประมาณ 5-15 คน อัตราส่วนของครูฝึกต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม ไม่เกิน 1: 5 และจัดบริการภายในศูนย์หรือในเครือข่ายจังหวัดที่กำหนด
2) การให้บริการรายบุคคล กรณีที่คนตาบอดรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับการฝึกอบรมเป็นกลุ่ม โดยจะส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้าน
3) กำหนดระยะเวลาการให้บริการ จำนวนชั่วโมงและอัตราครูฝึกต่อผู้รับการอบรม ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด (เฉลี่ย 120 ชั่วโมง/คน โดยจะให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง และสัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน)
4) หน่วยบริการและเครือข่ายบริการในจังหวัด บันทึกกิจกรรมบริการ และการประเมินผลลัพธ์รายบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษรและประสานรวบรวมข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ

## 6. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ภายในปีงบประมาณ 2554 ( 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554)

## 7. งบประมาณ

จากงบอุปกรณ์ฯและบริการ ที่ สปสช. เขต ได้รับจัดสรรโดยสนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อเป็นค่าพัฒนา บริหารจัดการและค่าใช้จ่ายในการให้บริการ O&M ตามจำนวนคนตาบอดกลุ่มเป้าหมายและหลักสูตรการฝึกอบรม ดังนี้

- ค่าพัฒนาและบริหารจัดการระยะเริ่มแรกศูนย์ละ 100,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการอบรม O&M โดยเหมาจ่ายรายละ 9,000 บาท (ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจริงจากหน่วยบริการ)

ทั้งนี้ โดย สปสช. ส่วนกลาง จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณการอบรมครูฝึก O&M ให้แก่บุคคลากรของศูนย์ฯ ที่เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M instructor) ณ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำหน้าที่ครูฝึกให้บริการอบรม O&M แก่คนพิการทางสายตา โดย สปสช. ส่วนกลางประสานความร่วมมือกับวิทยาลัยราชสุดาโดยตรง

## 8. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

สปสช.กำหนดให้มีการติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ O&M โดยความร่วมมือจาก สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันคนตาบอดเพื่อการวิจัยและพัฒนาฯ สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย ตามกรอบเนื้อหา ดังนี้

1) การประเมินติดตามความสามารถ/การใช้ชีวิตของผู้พิการทางสายตา หลังจากมารับบริการที่ศูนย์ ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) จากความพึงพอใจของผู้รับบริการ และญาติ

3) การติดตามประเมินผลในภาพรวมและเครือข่ายร่วมให้บริการ

# ภาคผนวก 2.4
# แนวทางการพิจารณาสนับสนุน
# งบพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
# ของหน่วยบริการ ปี 2554

## 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ โดยเน้นการจัดบริการในระดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล ที่ยังมิได้มีการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ให้มีการจัดบริการและเกิดการกระจายตัวของการให้บริการอย่างทั่วถึงมากขึ้น

1.2 เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้ครอบคลุมถึงการดูแลคนพิการในระดับชุมชนได้ และช่วยให้คนพิการในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด

1.3 เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการในระดับต่างๆ มีการพัฒนาและยกระดับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้านการแพทย์ที่นอกเหนือจากภาระงานปกติ ให้คงสภาพบริการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) หรือพัฒนางานเพิ่มขึ้น

## 2. กลุ่มเป้าหมาย/วงเงินที่สนับสนุน

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สนใจดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยเน้น สถานีอนามัย /คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนโดย กำหนดประมาณการวงเงินที่สนับสนุน ดังนี้

- สถานีอนามัย / คลินิกชุมชนอบอุ่น โครงการละ ไม่เกิน 30,000 บาท
- ศูนย์สุขภาพชุมชน โครงการละ ไม่เกิน 50,000 บาท
- โรงพยาบาลชุมชน โครงการละ 100,000 – 300,000 บาท

ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของ อปสข.

## 3. ระยะเวลาดำเนินการโครงการ

กำหนดระยะเวลาเสนอโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 30 ธันวาคม 2553 และให้ดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ แล้วเสร็จภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

## 4. ขอบเขตการดำเนินโครงการที่พิจารณาให้การสนับสนุน

4.1 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาและยกระดับการบริการแบบผสมผสานในหน่วยบริการ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รวมทั้งคนพิการทั้ง 6 ประเภทความพิการ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการได้ยินและสื่อความหมาย การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการมองเห็น การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการบุคคลออติสติกและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้พิการทางจิตและพฤติกรรม

4.2 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาและยกระดับการบริการที่บ้านหรือในชุมชน ร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ทำให้คนพิการได้รับการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดำรงตนอยู่ในสังคม สภาพพื้นที่หรือสิ่งแวดล้อมตามวิถีชีวิตจริงโดยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

4.3 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการ ให้สามารถจัดบริการให้กับคนพิการได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม การจัดบริการตรวจประเมินและจดทะเบียนผู้พิการในรูปแบบ one stop service ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหา ตรวจประเมินความพิการ ประสานช่วยเหลือเพื่อให้คนพิการได้รับการรักษา/บริการ และสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งส่งต่อเพื่อให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสม

## 5. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน

5.1 หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานใดๆ ที่ให้เห็นว่าตลอด 1 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพด้านการแพทย์หรือคนพิการ และ/หรือ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากที่ได้รับการสนับสนุนจากระบบของภาครัฐตามปกติ เพื่อให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการได้ และมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่นกรณีที่ต้องการบริการโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น

- ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์หรือคนพิการในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา
- หลักฐานการจ้างบุคลากรประเภทต่างๆ หรือ การจัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ให้บริการกับคนพิการประเภทต่างๆ สรุปผลงานการให้บริการฟื้นฟูกับคนพิการหรือสรุปงานการพัฒนาระบบบริการด้านคนพิการต่างๆ
- แผนการพัฒนางานบริการคนพิการในระยะที่ผ่านมาที่ได้ดำเนินการแล้ว หรืออยู่ระหว่างดำเนินการ หรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่แล้วเสร็จ ที่แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจ ที่จะดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง

5.2 ต้องแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจที่จะดำเนินงาน หรือความจำเป็นในส่วนของคนพิการที่ได้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์โดยตรงจากบริการด้านนี้ เช่น

- แผนการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์หรือคนพิการในหน่วยบริการ และ/หรือ ในชุมชนที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะต่อไป
- จำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วในพื้นที่ และจำนวนคนพิการที่ได้รับบริการแล้ว
- ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในพื้นที่ หรือข้อเสนอจากประชาชนคนพิการ องค์กรคนพิการ หรือผู้นำท้องถิ่นที่รับทราบปัญหาความต้องการของชุมชน

## 6. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

งวดที่ 1 ร้อยละ 80 เมื่อหน่วยบริการได้รับแจ้งผลการพิจารณาสนับสนุนโครงการฯ

งวดที่ 2 ร้อยละ 20 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการโครงการหรือมีการดำเนินกิจกรรมตามโครงการแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยหน่วยบริการต้องจัดส่งสรุปรายงานผลการดำเนินโครงการหรือรายงานความก้าวหน้าของโครงการให้สำนักงานฯเขตพิจารณาสนับสนุนงบประมาณส่วนที่เหลือ

ทั้งนี้ สำนักงานจะดำเนินการโอนเงินเป็นรายโครงการให้กับหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุน หลังได้รับเอกสารโครงการที่ถูกต้องในงวดที่ 1 หรือรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการตามงวดที่ 2 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

# ภาคผนวก 2.5
# แนวทางการพิจารณาสนับสนุนงบพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ ขององค์กรคนพิการ ปี 2554

## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์กรคนพิการ กลุ่มคนพิการ อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่น ชุมชน ให้สามารถดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือคนพิการภายในกลุ่ม เครือข่าย หรือในชุมชน ท้องถิ่นของตนเองได้

เพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์กรด้านคนพิการ กลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ ผู้ดูแล หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในส่วนที่หน่วยงานของภาครัฐยังไม่มีการดำเนินการหรือมีแล้วแต่ยังไม่เพียงพอในพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้โดยองค์กรคนพิการ กลุ่มคนพิการ อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่น ชุมชนหรือการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรดังกล่าวและหน่วยงานภาครัฐ

## 2. กลุ่มเป้าหมายองค์กรที่สนับสนุน

**2.1 องค์กรคนพิการทั้ง 6 ประเภท** ได้แก่ องค์กรของผู้บกพร่องทางการมองเห็น ผู้บกพร่องทางการได้ยิน ผู้บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ผู้บกพร่องทางจิตและพฤติกรรม ผู้บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ และบุคคลออติสติก รวมถึงองค์กรคนพิการที่มีการดำเนินงานครอบคลุม คนพิการทุกประเภท

**2.2 กลุ่มคนพิการ** ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ องค์กรหรือกลุ่มผู้ปกครองคนพิการที่มีการรวมตัวกันทำกิจกรรม ทั้งในรูปของ กลุ่ม ชมรม สมาคมหรืออื่นๆที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมาแล้วระยะหนึ่ง หรือหากยังไม่มีประสบการณ์ อาจดำเนินการได้ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรที่มีประสบการณ์หรือหน่วยบริการในพื้นที่

**2.3 องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน** กลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่นชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านสุขภาพ

## 3. วงเงินที่สนับสนุน

3.1 องค์กรคนพิการแม่ข่ายระดับประเทศ สนับสนุนในวงเงินไม่เกินโครงการละ 300,000 บาท โดยเสนอขอรับการสนับสนุนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

3.2 องค์กรคนพิการในพื้นที่และมีพื้นที่ดำเนินงานภายในจังหวัดเดียวกัน สนับสนุนในวงเงินงบประมาณไม่เกินโครงการละ 100,000 บาท ทั้งนี้ หากเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่ดำเนินการในระดับภาค หรือพื้นที่เขตติดต่อ อาจพิจารณาสนับสนุนตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยเสนอขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต หรือสำนักงานเขตพิจารณาขั้นต้นแล้วประสานส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลางเพื่อพิจารณาสนับสนุนพร้อมกับองค์กรคนพิการแม่ข่ายระดับประเทศ

## 4. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

กำหนดระยะเวลาให้องค์กรกลุ่มเป้าหมายเสนอโครงการฯตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553 และให้ดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ แล้วเสร็จภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

## 5. ขอบเขตการดำเนินโครงการ

ครอบคลุมการจัดอบรมหรือบริการในรูปแบบการฝึกอบรมทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การดูแลช่วยเหลือคนพิการตามความพิการแต่ละประเภท ได้แก่

5.1 การฝึกอบรมหรือบริการเพื่อการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น

5.2 การฝึกอบรมหรือบริการเพื่อการพัฒนาศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการสื่อความหมาย

5.3 การฝึกอบรมหรือบริการเพื่อการพัฒนาศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายหรือการเคลื่อนไหว

5.4 การฝึกอบรมหรือบริการเพื่อการพัฒนาศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจหรือพฤติกรรม

5.5 การฝึกอบรมหรือบริการเพื่อการพัฒนาศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสติปัญญาและการเรียนรู้ (บุคคลปัญญาอ่อนและออทิสติก)

5.6 การจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในรูปแบบอื่น เช่น การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษา แนะนำ ที่เกี่ยวข้องกับความพิการ การดูแลคนพิการประเภทต่างๆ การจัดกิจกรรมกระตุ้น

## 6. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน

6.1 โครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุน ต้องแสดงให้เห็นถึงรายละเอียดเนื้อหา การดำเนินกิจกรรม หรือเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรมที่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และขอบเขตการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน

6.2 องค์กรที่เสนอโครงการ ต้องสามารถแสดงความชัดเจนในเรื่องอื่นๆ เช่น การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินการ ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม หรือการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องตามความเป็นจริงในแต่ละพื้นที่

6.3 องค์กรที่เสนอโครงการ จะต้องสามารถแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรมดังกล่าว ในด้านการเพิ่มขีดความสามารถในการดำรงชีวิตให้แก่คนพิการได้ เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม

6.4 องค์กรที่เสนอโครงการ ต้องแสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ที่ปรากฏ ผลการสนับสนุนช่วยเหลือให้คนพิการ เกิดการพัฒนาศักยภาพที่ดีขึ้น หรือการสนับสนุนช่วยเหลือคนพิการในด้านอื่นๆ มาพร้อมกับโครงการฯที่เสนอขอ

6.5 องค์กรที่เสนอโครงการ ต้องแสดงให้เห็นถึงข้อมูลเชิงศักยภาพในการดำเนินงานที่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้

# ภาคผนวก 2.6

**ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
**เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการ**
**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น**
**พ.ศ. ๒๕๕๓**

.....

เพื่อให้การนำร่องพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในจังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น ให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (sub acute) ผู้สูงอายุและคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจ ตามข้อ ๔ แห่งระเบียบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อ ๕.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

"องค์การบริหารส่วนจังหวัด" หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูและองค์การบริหารส่วนจังหวัดนำร่องอื่น ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในจังหวัด

"กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์" หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ และพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ ครอบครัว และดูแลผู้สูงอายุคนพิการให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยร่วมมือกับหน่วยบริการ ให้ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (sub acute) ผู้สูงอายุและคนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพช่วยเหลือกันเองได้ในระยะยาว

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น

(๔) รายได้อื่น ๆหรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น

ข้อ ๔ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นสมทบเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น รวมแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ในส่วนของการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี

ข้อ ๕ ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น ประกอบด้วย

| | |
|---|---|
| (๑) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | เป็นที่ปรึกษา |
| (๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ | เป็นที่ปรึกษา |
| (๓) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด | เป็นประธานกรรมการ |
| (๔) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด | เป็นกรรมการ |
| (๕) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป(ถ้ามี) | เป็นกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนผู้อำนวยการหน่วยบริการประจำนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | เป็นกรรมการ |
| (๘) ผู้แทนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด | เป็นกรรมการ |
| (๙) ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล | เป็นกรรมการ |
| (๑๐) ผู้แทนนายกเทศมนตรี | เป็นกรรมการ |
| (๑๑) ผู้แทนองค์กร/ชมรมคนพิการ | เป็นกรรมการ |
| (๑๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด | เป็นกรรมการและเลขานุการ |
| (๑๓) ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย | เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๖ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเป็นผู้คัดเลือกกรรมการตามข้อ๕ (๖)-(๑๑) โดยความเห็นชอบของผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่

(๔) รายได้อื่น ๆหรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น

ข้อ ๔ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นสมทบเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น รวมแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ในส่วนของการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี

ข้อ ๕ ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น ประกอบด้วย

| | |
|---|---|
| (๑) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | เป็นที่ปรึกษา |
| (๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ | เป็นที่ปรึกษา |
| (๓) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด | เป็นประธานกรรมการ |
| (๔) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด | เป็นกรรมการ |
| (๕) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป(ถ้ามี) | เป็นกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนผู้อำนวยการหน่วยบริการประจำนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | เป็นกรรมการ |
| (๘) ผู้แทนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด | เป็นกรรมการ |
| (๙) ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล | เป็นกรรมการ |
| (๑๐) ผู้แทนนายกเทศมนตรี | เป็นกรรมการ |
| (๑๑) ผู้แทนองค์กร/ชมรมคนพิการ | เป็นกรรมการ |
| (๑๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด | เป็นกรรมการและเลขานุการ |
| (๑๓) ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย | เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๖ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเป็นผู้คัดเลือกกรรมการตามข้อ๕ (๖)-(๑๑) โดยความเห็นชอบของผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่

ข้อ ๗ เมื่อได้รายชื่อตาม ข้อ ๕ (๖)-(๑๑) แล้ว ให้สำนักงานสาขาเสนอรายชื่อเพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งเป็นกรรมการ

ข้อ ๘ ให้คณะกรรมการ มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสองปีนับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมิได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ในกรณีที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้มีการคัดเลือกกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง เว้นแต่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งนั้นเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกก็ได้

ให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งแทน อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน

ข้อ ๙ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๘ แล้ว ให้กรรมการพ้นจากตำแหน่ง ในกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) โดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้รับโทษจำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) โดยคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๐ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของจังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานและรายงานการเงินเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่กำหนด

(๒) จัดทำแผนและแนวทางดำเนินการพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น เพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น โดยบูรณาการเชื่อมโยง ภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่) หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรคนพิการ องค์กร

ผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต

(๓) กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรงบอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการ พัฒนารูปแบบระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ และ การพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการและผู้สูงอายุ ตามนโยบายและมติที่เกี่ยวข้องของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขตหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีการเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่นให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๕) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น

(๖) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับ จ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดนำร่องอื่น

ข้อ ๑๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"ปรัชญาพื้นฐานของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ตั้งแต่การก่อกำเนิดจนกระทั่งถึงการแก้ไขปัญหาจนถึงที่สุด
นั่นก็คือ "ความเป็นหนึ่งเดียวที่ร่วมด้วยช่วยกัน" ของผู้คน
ทั้งหมดในสังคมทั้งหมดนั่นเอง
หากทุกฝ่ายร่วมพัฒนาความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมให้เกิดขึ้น
การที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพสำหรับทุกคน
จะเป็นความฝันที่เป็นไปได้สำหรับสังคมไทยในที่สุด"

*นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*