

คู่มือบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556

การบริหารงบบริการ
ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

1





1

คู่มือบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2556



การบริหารงบบริการ
ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ISBN : 978-616-7323-74-9

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2555

จำนวน : 15,000 เล่ม

จัดทำโดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

ปกและรูปเล่ม : นายวัฒนสินธุ์ สุวรรณานนท์

พิมพ์ที่ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด

โทรศัพท์ 0 2214 4660 โทรสาร 0 2612 4509

E-mail : smppt2005@yahoo.com

คำนำ

จากการที่มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทยมาแล้ว 10 ปี ซึ่งก็เป็นที่น่าชื่นชมดีว่าการดำเนินการดังกล่าวมิได้เป็นไปอย่างราบรื่น แต่ประสบกับปัญหาอุปสรรคนานับประการ แต่ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ทำให้มีข้อบ่งชี้ว่านโยบายดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงตามเป้าประสงค์ การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่พึงได้ในฐานะความเป็นประชาชนไทย ทั้งนี้กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่งที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดของหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2556 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

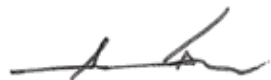
เล่มที่ 1 การบริหารบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

เล่มที่ 2 การบริหารบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบผู้ป่วยวันโรค

เล่มที่ 3 การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารบบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือทุกเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันผลักดันให้เกิดการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย



(นายแพทย์วินัย สวัสดิวัตน์)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 ตุลาคม 2555

สารบัญ

ส่วนที่ 1 การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556	9
1. แนวคิดการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	11
2. กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	13
3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2555 และปีงบประมาณ 2556 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง	16
ส่วนที่ 2 การบริหารบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556	21
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	23
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	23
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	24
1.3 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ	43
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	48
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	52
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีเฉพาะ	53
4.1 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง	53
4.1.1 หัตถการและการวินิจฉัยที่มีปัญหาการเข้าถึง	53
4.1.2 ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	59
4.2 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	88
4.3 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ	92
4.3.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	92
4.3.2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค	98
4.3.3 การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ในเด็กและผู้ใหญ่ เฉพาะผู้ป่วยรายใหม่	98

4.3.4 การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดตัดต่อกระจก	108
4.3.5 การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้วเพื่อนำนิ่ว ออกจากกระบบทางเดินปัสสาวะ	116
4.3.6 การดูแลแบบประคับประคอง	118
4.3.7 การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	121
5 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	127
6 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และทันตกรรมประดิษฐ์	146
7 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	161
8 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการแพทย์แผนไทย	176
9 การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	181
10 การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	191
11 การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	196
12 การจัดสรรเงินจ่ายเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการ ภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	203
13 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	208

ภาคผนวก

215

ภาคผนวก 1	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหาร จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556	215
ภาคผนวก 2	รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัด รักษาโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	245
ภาคผนวก 3	รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) ปีงบประมาณ 2556	287
ภาคผนวก 4	รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการยากำพร้า	295
ภาคผนวก 5	การบริหารจัดการวัคซีนจำเป็น	309
ภาคผนวก 6	รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2556	331
ภาคผนวก 7	รายชื่อผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานการบริหาร จัดการกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	367
ภาคผนวก 8	รายชื่อผู้ประสานงานการบริหารจัดการกองทุน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต	379



ส่วนที่ 1

การบริการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2556

ส่วนที่ 1

การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556

1. แนวคิดการบริหารงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม จึงครอบคลุมถึงการจ่ายให้แก่สถานบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล ที่สนับสนุนหรือส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้วย

ปีงบประมาณ 2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจำนวน 4 รายการ คือ 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง และเพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

- 1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- 1.2 การเพิ่มประสิทธิผล และคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและการบริการ
สาธารณสุข

1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน โดย

1.4.1 การสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีการจัด
บริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการ
กระจายอำนาจการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางรายการให้สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) โดยเริ่มการดำเนินการนำร่องตั้งแต่ปีงบประมาณ
2553 ในเขตพื้นที่ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร (เขตนำร่อง)
สำหรับปีงบประมาณ 2556 ยังคงดำเนินการนำร่องต่อเนื่องในพื้นที่ สปสช.เขต 2 เขตเดิม และ
จะขยายพื้นที่สปสช.เขตนำร่องเพิ่มเติมอีกจำนวนหนึ่งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สปสช.) กำหนด

1.4.2 ในการดำเนินงานบริหารกองทุน ให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กร
ประชาชนที่รับเงินสนับสนุนจาก สปสช. จัดทำข้อตกลงหรือสัญญา หรือหนังสือแสดงความจำนง
ตอบรับการดำเนินงาน ตามที่ สปสช.กำหนด

1.4.3 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้
สถานบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล มีส่วนร่วมให้บริการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับ สปสช.

1.4.4 กรณีการจ่ายเป็นยา หรือวัคซีน หรืออุปกรณ์ต่างๆ ให้สามารถจ่ายเป็นค่าชดเชย
ให้กับหน่วยบริการแทนได้ หากหน่วยบริการสามารถจัดหาได้ทั่วไป และต้นทุนค่ายา/หรือวัคซีน/
หรืออุปกรณ์ต่างๆ ลดลงจนไม่เป็นอุปสรรคที่หน่วยบริการจะใช้ในการให้บริการ

1.4.5 การดำเนินการมาตรการต่างๆ ที่ช่วยลดต้นทุนการบริการโดยหน่วยบริการสามารถ
ให้บริการที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพบริการที่เหมาะสม

1.4.6 ให้มีมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีผู้ป่วยใน หรือภายหลัง
การให้บริการผู้ป่วยนอก ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2. กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹

2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ฯ ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เงินค่าเสื่อมจากการให้บริการ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2556 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 2,755.60 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บาทต่อผู้มีสิทธิ) ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนเพิ่ม โดยมีเป้าหมายประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 48,445,000 คน

การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556 จัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย และเงินต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

¹ ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2555 วันที่ 10 กรกฎาคม 2555 และครั้งที่ 10/2555 วันที่ 3 กันยายน 2555

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	983.49
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	975.85
3. เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	60.99
4. บริการกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)	262.10
5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	313.70
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	12.88
7. บริการการแพทย์แผนไทย	7.20
8. ค่าเสื่อม	128.69
9. ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	4.76
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการตามมาตรา 41	5.19
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ	0.75
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	2,755.60

หมายเหตุ: ประเภทบริการที่ 5 ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน

2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้การปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีความมั่นใจในการรับบริการ โดยในปีงบประมาณ 2556 จัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย และเงินต่างๆ ดังนี้

รายการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	174,400	3,234,330,000
2. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		42,500,000
รวม		3,276,830,000

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการของรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ และในปีงบประมาณ 2556 ได้ครอบคลุมการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด โดยในปีงบประมาณ 2556 จัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่ายและเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
1. การบริการทดแทนไต (รวมบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด)	29,520 (เฉพาะบริการทดแทนไต)	4,334,975,000
2. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (รวมการจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด)		22,810,000
รวม		4,357,785,000

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการของรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.4 บริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง ในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นนอกเหนือไปจากการดูแลรักษาที่ได้ดำเนินการ โดยมีเป้าหมาย ในการเพิ่มการเข้าถึงและยกระดับบริการส่งเสริมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ให้ได้ตามมาตรฐาน โดยในปีงบประมาณ 2556 จัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย และเงิน ต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกัน ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	1,267,600	410,088,000
รวม		410,088,000

3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2555 และปีงบประมาณ 2556 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดหลักที่ใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2556 ซึ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารกองทุนและสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ประเภทบริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	จำแนกรายการย่อยจากเดิม 4 รายการย่อยเหลือ 3 รายการย่อย โดยปรับการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัดไปใช้งบประมาณในรายการย่อยการบริการกรณีเฉพาะ (กรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง)
1.1 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	เพิ่มจ่ายตามผลงานทั้งเชิงปริมาณงานและคุณภาพผลงานบริการ
1.2 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับชื่อรายการจากเดิม “ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ” เป็น “บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ” 2) แบ่งเป็นค่าบริการและค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ 3) ปรับหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการในส่วนค่าบริการ โดย <ol style="list-style-type: none"> 3.1) จ่ายให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพเชิงโครงสร้างและผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ โดยเป็นเกณฑ์กลางและเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับเขตได้ตามความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) 3.2) บริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต ด้วยสูตรจำนวนผู้มีสิทธิ : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา = 50:50 3.3) แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. 4) ปรับหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการในส่วนค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ โดย <ol style="list-style-type: none"> 4.1) เพิ่มงานกำกับติดตามและประเมินผล 4.2) จัดสรรไม่น้อยกว่า 80% เป็น global budget ระดับเขต ด้วยสูตรจำนวนผู้มีสิทธิ : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา = 30:70 4.3) แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. 5) มีเงื่อนไขเฉพาะสำหรับ สปสข.เขต 13 (กรุงเทพมหานคร)
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับชื่อเรียกวงเงินระดับเขตจาก “กองทุนผู้ป่วยในระดับเขต” เป็น “global budget ระดับเขต” 2) การคำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์เพื่อกำหนด global budget ระดับเขต ปรับ สัดส่วน adjRW workload : RW ต่อประชากร จาก 65: 35 เป็น 55:45 (ตามมติที่กำหนดไว้เดิม) 3) ปรับอัตราจ่ายการใช้บริการนอกเขตเป็น 9,600 บาท/adjRW 4) การจ่ายบริการในเขตให้ สปสข.เขตกำหนดอัตราเบื้องต้นได้ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ประเภทบริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
3. เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	ยกเลิกเกณฑ์ “ทุกหน่วยบริการได้รับงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปรวมงบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูงกว่าปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 4.72%”
4. บริการกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)	จัดกลุ่มรายการใหม่ จาก 4 เป็น 3 กลุ่มตามสิทธิประโยชน์และวัตถุประสงค์ และรวมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัดที่ย้ายมาจากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ย้ายมาจากรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการ รายการย่อยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด <ol style="list-style-type: none"> 1.1) กำหนดการบริหารรวมประชากรไทยทุกคนไม่แยกสิทธิ 1.2) แนวทางการจัดสรร ไม่เกินร้อยละ 80 จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรทุกสิทธิตามชุดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา และให้อปสจ. ปรับเปลี่ยนได้ทุกสังกัดและไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2) ปรับหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการ รายการย่อยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1) ระบุชัดเจนว่าเป็นค่าบริการ 2.2) ส่วนที่เหลือจากให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ <ol style="list-style-type: none"> (1) จ่ายเป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่/ตามนโยบายสำคัญ/บริการที่ต้องบริหารจัดการในภาพรวมระดับเขตหรือจังหวัด/ตามจ่ายค่าบริการแทนหน่วยบริการประจำ/จ่ายเพื่อจูงใจให้เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพบริการ (2) จัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต (3) แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. 2.3) มีเงื่อนไขเฉพาะของ สปสช.เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) 3) บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ปรับสัดส่วนค่าบริการ: ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการจาก 90:10 เป็น 95:5

ประเภทบริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	ปรับสัดส่วนค่าบริการ: ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ จาก 85:15 เป็น = 90:10
7. บริการการแพทย์แผนไทย	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับการจัดสรรเงิน โดยรวมค่าบริการและการใช้ยาสมุนไพรไว้ด้วยกัน และบริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรรเป็น global budget ระดับเขต ด้วยสูตรจำนวนผู้มีสิทธิ : ผลงานบริการในปีที่ผ่านมา = 70:30 2) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีบริการและผลงานโดยนักการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 3) แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.
8. ค่าเสื่อม	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดสรรค่าเสื่อมของหน่วยบริการภาครัฐทั้งหมดเป็น 3 ส่วน (สนับสนุนการพัฒนาดิถีภูมิ, สป.สธ., รัฐฯ อื่นๆ) และแยกการบริหารแต่ละส่วนตามเงื่อนไข 2) ปรับการแบ่งระดับการบริหารจัดการและวงเงินค่าเสื่อมในส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการเป็นกลุ่มเดียวกัน คือ <ol style="list-style-type: none"> 2.1) ไม่เกินร้อยละ 10 บริหารจัดการระดับประเทศ 2.2) ไม่เกินร้อยละ 20 บริหารจัดการระดับเขต 2.3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 บริหารจัดการระดับจังหวัด/หน่วยบริการ
9. เงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับเป็นบริหารจัดการระดับเขต โดยบริหารรวมไปกับค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2) เกณฑ์คุณภาพผลงานบริการจะมีเกณฑ์กลางระดับประเทศ และเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับเขตได้



ส่วนที่ 2

**การบริหารงานบริการทางการแพทย์
แนวำยรำยหัว ปีงบประมาณ 2556**

ส่วนที่ 2

การบริหารระบบบริการทางการแพทย์ เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556

I. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป

กำหนดรูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการรักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2556 ยังคงเป็นแบบแยกการบริหาร ระหว่างค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ทุกหน่วยบริการ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 983.49 บาทต่อผู้มีสิทธิครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดไว้ให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยการบริหารจัดการแบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการ ได้แก่

- 1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
- 1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ
- 1.3 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ

1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 928.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1.1.1 จำนวน 757.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดย

1) หน่วยบริการประจำสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ปรับอัตราจ่ายที่ระดับจังหวัดและให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของ

แต่ละจังหวัดต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม (ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$)

2) หน่วยบริการประจำอื่นๆ ที่เหลือ ให้ปรับอัตราจ่ายที่ระดับหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกัน ไม่เกินร้อยละ 10 ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม (ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$)

3) ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของประชากร

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< 3	3 - 10	11 - 20	21 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	> 70
บริการผู้ป่วยนอก	0.529	0.419	0.290	0.415	0.790	1.373	1.951	2.232

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี 2553

1.1.2 จำนวน 171.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากัน

1.1.3 สำหรับเขตนำร่องให้สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนด และต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

1.2. บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ

จำนวน 18.09 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ผลงานจากข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และจ่ายเป็นค่าคุณภาพข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามสัดส่วนของคะแนนคุณภาพข้อมูล รวมทั้งจัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลบริการในภาพรวมระดับประเทศ โดยมีแนวทางในการบริหารจัดการดังนี้

1.2.1 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการของสถานพยาบาล และหน่วยบริการที่ให้บริการ
- 2) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมระบบสารสนเทศสำหรับการบันทึกและจัดทำข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน
- 3) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมระบบการบันทึกข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการและนำประโยชน์จากข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินสถานะทางการเงินการคลังของหน่วยบริการได้อย่างถูกต้อง

1.2.2 แนวทางการจัดสรรค่าใช้จ่าย

- 1) การจัดสรรค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลในระดับเขต ใช้วงเงินในการจัดสรรจำนวนไม่น้อยกว่า 17 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1.1) การจัดสรรค่าใช้จ่ายของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินการ ของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยกันวงเงินไว้จำนวน 17 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในเขตพื้นที่

1.2) การจัดสรรค่าใช้จ่ายของ สปสช. เขตภูมิภาคทั้ง 12 เขต มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

- (1) จัดสรรค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/และการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล
 - (1.1) การจัดสรรของ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา ซึ่งมีการบริหารงานแบบเขตบริการสาธารณสุข จึงกันวงเงินไว้จำนวน 16.20 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในเขตพื้นที่โดย สปสช.เขต 9 นครราชสีมา จะเป็นผู้กำหนดแนวทางในการดำเนินการจัดสรรค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ต่อไป แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูลตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

(1.2) การจัดสรรค่าใช้จ่ายของ สปสช.เขตอีก 11 เขต มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

(1.2.1) จัดสรรให้สถานพยาบาลและหน่วยบริการตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล กำหนดวงเงินให้ไม่น้อยกว่า 14.20 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่ โดยจัดสรรด้วยระบบ point system with global budget ของแต่ละเขตพื้นที่ของสปสช.

(1.2.2) จัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูล ตรวจสอบและกำกับติดตามการดำเนินงาน กำหนดวงเงินให้ไม่เกิน 0.80 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่

(1.2.3) จัดสรรให้สถานพยาบาลและหน่วยบริการตามคุณภาพข้อมูล ตามเงื่อนไขการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล โดย สปสช.เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งกำหนดวงเงินให้ไม่เกิน 1.20 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่และจัดสรรด้วยระบบ point system with global budget

(2) จัดสรรตามคุณภาพข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยส่งคะแนนคุณภาพข้อมูลฯ ให้กับ สปสช. กำหนดวงเงินไม่เกิน 0.80 บาทต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในพื้นที่ สปสช.เขตภูมิภาคทั้ง 12 แห่ง สำหรับแนวทางการจัดสรรให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้หากค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เหลือให้นำไปจัดสรรรวมกับผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

2) สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลที่มีคุณภาพในภาพรวมจัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูล

ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดการประชุมชี้แจง การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้บันทึกข้อมูล หรือการประสานการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยกำหนดให้จัดสรรในวงเงินไม่เกิน 1.09 บาท ต่อผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หากค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เหลือ ให้นำไปจัดสรรร่วมกับผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

1.2.3 แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและคิดคะแนนตามผลงานการให้บริการและคุณภาพข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกและข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล จะมีการตรวจสอบข้อมูลทั้งความถูกต้อง ครบถ้วนตามโครงสร้างมาตรฐานของแฟ้มข้อมูลแต่ละแฟ้ม และคุณภาพของข้อมูล โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP Individual Data)

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะตรวจสอบจาก แฟ้ม SERVICE, DIAG, PROCED และ DRUG ตามโครงสร้างมาตรฐาน 21 แฟ้ม และเชื่อมโยงให้เกิดข้อมูลการให้บริการ ดังนี้

มาตรฐานโครงสร้าง	แฟ้มที่ใช้ตรวจสอบ	ฟิลด์ที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูล
21 แฟ้ม	SERVICE.txt*	PID
	DIAG.txt*	SEQ
	PROCED.txt	DATE_SERV
	DRUG.txt	CLINIC

* แฟ้มที่จำเป็นต้องมีข้อมูล

1.1) เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก

- (1) ตรวจสอบข้อมูลต้องครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนดในแต่ละแฟ้ม (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยนอก ในแนวทางการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2556 ที่ สปสช. กำหนด)

- (2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ในสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)
- (3) รหัสคลินิก (CLINIC) ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจะตรวจสอบจากตำแหน่งที่ 2-3
- (4) ต้องมีข้อมูลการวินิจฉัยที่ถูกต้องและเชื่อมโยงกับการให้บริการได้ (ข้อมูลในแฟ้ม DIAG กับ SERVICE สามารถเชื่อมโยงกันได้โดยใช้ฟิลด์ PID, SEQ, DATE_SERV, CLINIC) ทั้งนี้การให้รหัสการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง มีเงื่อนไขดังนี้
 - (1.1) ต้องมีการให้รหัสโรคหลัก (Principle Diagnosis, Pdx) อย่างน้อย 1 รหัสที่ถูกต้องตาม ICD10 (WHO 2010) หรือ ICD10 TM หรือ รหัสแพทย์แผนไทย
 - (1.2) หากให้รหัสโรคถูกต้องตามหลักการให้รหัสโรคตาม ICD10 (WHO 2010) จะตรวจสอบความสอดคล้องของการให้รหัสโรค (ตาม Appendix A3-A4 ของ DRG version 5.0)
 - (1.3) ตรวจสอบประเภทการวินิจฉัย (DiagType) ต้องมีค่าตั้งแต่ 1 - 5
- 1.2) เงื่อนไขการคิดคะแนนของการให้บริการผู้ป่วยนอก
 - (1) เป็นข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556
 - (2) มีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.
 - (3) การให้บริการผู้ป่วยนอก 1 คน ใน 1 วัน จะได้ 1 คะแนน (บริการหลายครั้งใน 1 วัน จะคิด 1 คะแนน)
 - (4) การคิดคะแนน จะพิจารณาเฉพาะรหัสการวินิจฉัยที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยนอกหรือรหัสที่ระบุว่าเป็นผู้ป่วยนอกตามที่ สปสช.กำหนด
 - (5) สปสช. จะทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) เพิ่มเติม โดยหากหน่วยบริการใดมีการบันทึกข้อมูลที่ผิดปกติ จะถูกระงับจ่ายไว้ก่อน (Pending) เพื่อตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการนั้นต่อไป
 - (6) การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อจัดสรรเพิ่มเติม (Add on)

- (1.1) การคิด Add on กรณีหัตถการจากแฟ้ม PROCED หากผ่านตามเงื่อนไข จะได้เพิ่มรายการละ 0.01 คะแนน โดยมีเงื่อนไขดังนี้
 - (1.1.1) เป็นรหัสที่อยู่ใน ICD 9 CM และ ICD 10 TM และต้องเป็นรหัสที่กำหนดให้สามารถให้ได้ (กรณีที่เป็นการหัตถการกลุ่มของหัตถการหากมีรหัสย่อยรหัสกลุ่มนั้นไม่สามารถใช้ได้)
 - (1.2.2) เป็นรหัสที่เป็นการให้หัตถการกับผู้มารับบริการจริง ทั้งนี้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด
- (1.2) การคิด Add on กรณีมีบันทึกการให้ยาและบันทึกการหัตถยามาตรฐาน (24 หลัก) จากแฟ้ม DRUG หากผ่านตามเงื่อนไข จะได้เพิ่มรายการละ 0.05 คะแนน
- (1.3) การคิด Add on กรณีมีการส่งต่อ (Refer) จากแฟ้ม SERVICE หากมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อครบถ้วน จะคิดเป็น 0.05 คะแนน
- (1.4) ทั้งนี้ สปสช. อาจมีการระงับการจ่าย Add on ในแต่ละเรื่อง หากพบว่าการบันทึกข้อมูลที่มีผิดปกติ

2) ข้อมูลบริการ (รายแฟ้ม)

ข้อมูลบริการตามโครงสร้างมาตรฐาน 21 แฟ้ม ที่ไม่ใช่ข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2556 มีการตรวจสอบแยกบริการ (รายแฟ้ม) ทั้งหมด 13 แฟ้ม ดังนี้

- ข้อมูลบุคคล (แฟ้ม PERSON)
- ข้อมูลการให้บริการวัคซีน (แฟ้ม EPI)
- ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว (แฟ้ม FP)
- ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ (แฟ้ม ANC)
- ข้อมูลการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (แฟ้ม MCH)
- ข้อมูลการให้บริการเด็กหลังคลอด (แฟ้ม PP)
- ข้อมูลโรคเรื้อรังของบุคคล (แฟ้ม CHRONIC)
- ข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (แฟ้ม SURVEIL)
- ข้อมูลการให้บริการเฝ้าระวังทางโภชนาการ (แฟ้ม NUTRI)
- ข้อมูลการตายของบุคคล (แฟ้ม DEATH)

ข้อมูลการให้บริการคัดกรอง DM ,HT (แฟ้ม NCDScreen)

ข้อมูลการให้บริการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (แฟ้ม CHRONICFU)

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย DM, HT (แฟ้ม LABFU)

ในแต่ละแฟ้มบริการจะมีการตรวจสอบข้อมูล และเงื่อนไขการคิดคะแนน ทั้งนี้ สปสช. อาจมีการระงับการจัดสรรค่าใช้จ่าย (Pending) ตามคะแนนที่ได้ในแต่ละเรื่อง หากพบว่า มีการบันทึกข้อมูลที่ผิดปกติ เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลมีดังนี้

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
1. ข้อมูลบุคคล (แฟ้ม PERSON) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้ 1.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม PERSON ที่ สปสช.กำหนด) 1.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก) 1.3 ตรวจสอบฟิลด์ OCCUPA ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข 1.4 ตรวจสอบฟิลด์ NATION ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข 1.5 ตรวจสอบฟิลด์ RELIGION ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข 1.6 ตรวจสอบฟิลด์ EDUCATE ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข 1.7 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID	1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช. 2) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	0.10 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record)

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไข การคิดคะแนน	คะแนน เมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>2. ข้อมูลการให้บริการวัคซีน (แฟ้ม EPI) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะ ตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>2.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด</p> <p>2.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัส ตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>2.3 กรณีให้วัคซีนคนต่างด้าวที่ไม่มี เลขประชาชน 13 หลักต้องมีการระบุ สัญชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทย (จากฟิลด์ NATION ในแฟ้ม PERSON) และต้องใส่ HN (หรือ PID ในแฟ้ม SERVICE) ลงใน ฟิลด์ CID โดยหาก HN มีไม่ครบ 13 หลัก ให้ใส่เลข 0 ด้านหน้า HN ให้ ครบ 13 หลัก</p> <p>2.4 มีข้อมูลการให้วัคซีน โดย</p> <p>2.4.1 ตรวจสอบการให้รหัสวัคซีน (VCCTYPE) ต้องเป็นรหัสวัคซีน ตามที่ สนย. กระทรวง สาธารณสุขกำหนด</p> <p>2.4.2 ตรวจสอบฟิลด์ VCCPLACE รหัส หน่วยบริการ ต้องเป็นรหัสตามที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุข กำหนด</p> <p>2.4.3 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการให้ วัคซีนซ้ำ โดยตรวจสอบจาก PCUCODE, CID, และ VCCTYPE</p>	<p>1) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>2) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.25 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไข การคิดคะแนน	คะแนน เมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>3. ข้อมูลการวางแผนครอบครัว (FP) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะ ตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>3.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจ สอบโครงสร้างแฟ้ม FP ที่ สปสช. กำหนด)</p> <p>3.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัส ตามมาตรฐาน สนย.กระทรวง สาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>3.3 ตรวจสอบความสัมพันธ์ของเพศกับ วิธีการคุมกำเนิด</p> <p>3.3.1 กรณีเป็นเพศหญิง ต้องมีอายุ ไม่ต่ำกว่า 9 ปี และไม่เกิน 60 ปี วิธีการคุมกำเนิด (FPTYPE) = 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 7</p> <p>3.3.2 กรณีเป็นเพศชาย วิธีการคุมกำเนิด (FPTYPE) = 5 , 6</p> <p>3.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล</p> <p>3.4.1 กรณีเป็นข้อมูลบริการ (pcucode= fpplace และ seq ไม่เป็นค่าว่าง) ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID, และ DATE_SERV</p> <p>3.4.2 กรณีเป็นข้อมูลสำรวจ (pcucode <>fpplace และ seq เป็นค่าว่าง) ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID</p>	<p>1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานะ ข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>4. ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ (แฟ้ม ANC) ตรวจสอบโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>4.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม ANC ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE</p> <p>4.2 ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>4.3 ตรวจสอบเพศจากฐานข้อมูลของ สปสช. ต้องเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 9 - 60 ปี</p> <p>4.4 ตรวจสอบอายุครรภ์ (GA) ต้องอยู่ระหว่าง 4 - 45 สัปดาห์ และต้องมีผลการตรวจครรภ์ (ANCRES)</p> <p>4.5 ตรวจสอบฟิลด์ APLACE รหัสหน่วยบริการ เป็นรหัสตามที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>4.6 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE , CID และ DATE_SERV ที่ สปสช. กำหนด)</p>	<p>1) เป็นข้อมูลบริการตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>2) มีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.10 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>
<p>5. ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและดูแลแม่หลังคลอด (แฟ้ม MCH) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>5.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม MCH ที่ สปสช. กำหนด)</p>	<p>1) มีเลขประชาชน 13 หลักของแม่ในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p>	<p>3 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>5.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>5.3 ตรวจสอบเพศจากฐานข้อมูลประชากรของ สปสช. ต้องเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 9 - 60 ปี</p> <p>5.4 วันที่ดูแลต้องมากกว่าวันคลอด (PPCARE1 > BDATE)</p> <p>5.5 ตรวจสอบข้อมูลวันที่ดูแลแม่ โดยต้องมีข้อมูลในฟิลด์วันที่ดูแลแม่ครั้งที่ 1 (PPCARE1) และมีรูปแบบวันที่ถูกต้องสำหรับข้อมูลในฟิลด์ PPCARE2 และ PPCARE3 จะมีหรือไม่ก็ได้ และหากมีวันที่ดูแลแม่ต้องมากกว่าครั้งก่อนเสมอ (PPCARE3 > PPCARE2 > PPCARE1)</p> <p>5.6 ตรวจสอบข้อมูลซ้ำโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ GRAVIDA ดังนั้นในการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามาใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ</p>	<p>2) ต้องมีวันที่ดูแลแม่ครั้งที่ 2 และเป็นข้อมูลการคลอด (BDATE) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 - 30 มิถุนายน 2556</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	
<p>6. ข้อมูลการคลอดและดูแลเด็กหลังคลอด (แฟ้ม PP)</p> <p>ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>6.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม PP ที่ สปสช.กำหนด)</p> <p>6.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p>	<p>1) มีเลขประชาชน 13 หลักของเด็กในฐานะข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) ต้องมีวันที่ดูแลเด็กครั้งที่ 2 และเป็นข้อมูลการคลอด (BDATE) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 - 30 มิถุนายน 2556</p>	<p>3 คะแนน</p> <p>ต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>6.3 ตรวจสอบน้ำหนักแรกเกิดต้องไม่ต่ำกว่า 500 กรัม</p> <p>6.4 วันที่ดูแลเด็กต้องมากกว่าวันคลอด (BCARE1 > BDATE)</p> <p>6.5 ตรวจสอบวันข้อมูลวันที่ดูแลเด็ก โดยต้องมีข้อมูลในฟิลด์วันที่ดูแลเด็ก ครั้งที่ 1 (BCARE1) และมีรูปแบบวันที่ถูกต้อง สำหรับข้อมูลในฟิลด์ BCARE2 และ BCARE3 จะมีหรือไม่ก็ได้ และหากมีวันที่ดูแลเด็กต้องมากกว่าครั้งก่อน (BCARE3 > BCARE2 > BCARE1)</p> <p>6.6 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยดูจากฟิลด์ PCUCODE และ CID ดังนั้น การดูแลเด็กหลังคลอด 1 คน จะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามาใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ</p>	<p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	
<p>7. ข้อมูลโรคเรื้อรังของบุคคล (แฟ้ม CHRONIC)</p> <p>ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>7.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม PP ที่ สปสช.กำหนด)</p> <p>7.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตราฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>7.3 ตรวจสอบฟิลด์ CHRONIC รหัส ICD10 ต้องเป็นรหัสโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานะข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.05 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record))</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไข การคิดคะแนน	คะแนน เมื่อผ่านการตรวจสอบ
7.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE ,CID และ CHRONIC		
8. ข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (แฟ้ม SURVEIL) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะ ตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้ 8.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจ สอบโครงสร้างแฟ้ม SURVEIL ที่ สปสช.กำหนด) 8.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัส ตามมาตรฐาน สนย. กระทรวง สาธารณสุข (รหัส 5 หลัก) 8.3 ตรวจสอบฟิลด์ DIAGCODE รหัส ICD10 ต้องเป็นรหัสโรคเฝ้าระวังทางระบาด วิทยา ตามมาตรฐาน สนย. กระทรวง สาธารณสุข 8.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE ,CID, DATE_SERV และ DIAGCODE	1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐาน ข้อมูลประชากรของ สปสช. 2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556 3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	ข้อมูลที่ตรวจสอบผ่าน 1 รายการ (1 Record) จะได้ คะแนน ตามเวลาของการ ส่ง ดังนี้ 1) ส่งภายใน วันส่ง ภายใน 7 วัน นับจาก วันที่ให้บริการ ได้ 1 คะแนน 2) ส่งหลังจาก 7 วัน แต่ ไม่เกิน 60 วัน นับจาก วันที่ให้บริการได้ 0.5 คะแนน 3) ส่งหลังจาก 60 วัน นับ จากวันที่ให้บริการ ไม่ ได้คะแนน กรณี รพ.สต./สอ. วันที่ส่ง ข้อมูลคิดจากวันที่ สสจ. ส่งให้ สปสช.
9. ข้อมูลการเฝ้าระวังทางโภชนาการ (แฟ้ม NUTRI) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการ บันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ ตามเงื่อนไขต่อไปนี้ 9.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจ สอบโครงสร้างแฟ้ม NUTRI ที่ สปสช.กำหนด)	1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐาน ข้อมูลประชากรของ สปสช. 2) วันที่สำรวจ (DATE_SERV) อยู่ใน รอบการส่งข้อมูล (Month)	0.05 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>9.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>9.3 ตรวจสอบวันที่สำรวจ (DATE_SERV) และรอบของเดือนที่จัดส่งข้อมูล (Month)</p> <p>(1) กรณีเด็กอายุ 0 - 5 ปี DATE_SERV = กรกฎาคม ตุลาคม มกราคม และ เมษายน</p> <p>(2) กรณีอายุ 6 - 14 ปี DATE_SERV = กรกฎาคม และ มกราคม</p> <p>(3) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ DATE_SERV</p>	<p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	
<p>10.ข้อมูลการตายของบุคคล (แฟ้ม DEATH) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>10.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม DEATH) ตามที่ สปสช. กำหนด</p> <p>10.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>10.3 ตรวจสอบฟิลด์ DDATE (วันที่ตาย) ต้องมีค่าเป็น YYYYMMDD</p> <p>10.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID</p>	<p>1) วันที่ตาย (DDATE) ต้องอยู่ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>2) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.10 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record) จะได้</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไข การคิดคะแนน	คะแนน เมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>11.ข้อมูลการให้บริการคัดกรอง DM ,HT (แฟ้ม NCDScreen) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>11.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม NCDScreen ที่ สปสช.กำหนด)</p> <p>11.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>11.3 ตรวจสอบอายุของผู้รับตรวจคัดกรองจากฐานข้อมูลของ สปสช. ต้องมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>11.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID</p>	<p>1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) เป็นข้อมูลคัดกรอง (DATE_EXAM) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2556</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>
<p>12.การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CHRONICFU) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>12.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม CHRONICFU ที่ สปสช.กำหนด)</p> <p>12.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p>	<p>1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.05 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
<p>12.3 ตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อมูล CHRONICFU กับข้อมูลแฟ้ม CHRONIC โดย CID ของแฟ้ม CHRONICFU ต้องเชื่อมโยงได้กับ CID ของแฟ้ม CHRONIC ที่มีการวินิจฉัยเป็น DM และ HT</p> <p>12.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ DATE_SERV</p>		
<p>13.ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย DM, HT (LABFU) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>13.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม CHRONICFU ที่ สปสช.กำหนด)</p> <p>13.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)</p> <p>13.3 ตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อมูล LABFU กับข้อมูลแฟ้ม CHRONIC โดย CID ของแฟ้ม LABFU ต้องเชื่อมโยงได้กับ CID ของแฟ้ม CHRONIC ที่มีการวินิจฉัยเป็น DM และ HT</p> <p>13.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ DATE_SERV</p>	<p>1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.</p> <p>2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556</p> <p>3) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)</p>	<p>0.10 คะแนนต่อ 1 รายการ (1 Record)</p>

3) ข้อมูลเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ (OP/PP Performance)

ในปีงบประมาณ 2556 สปสช. มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการที่จัดทำข้อมูลได้ถูกต้องและมีคุณภาพแยกตามรายแฟ้มข้อมูล โดยจะเป็นการจัดสรรจากคะแนนที่ได้จากผลการติดตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเท่านั้น (ไม่เกี่ยวข้องกับคะแนนตามข้อมูลบริการ) ทั้งนี้จะจัดสรรในระบบ point system with global budget โดยแบ่งการจัดสรรออกเป็น 2 งวด สำหรับช่วงเวลาที่ตรวจสอบและจัดสรร สปสช. จะเป็นผู้กำหนดและแจ้งให้ทราบในภายหลัง โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ลำดับ	แฟ้มข้อมูล	การตรวจสอบ OP/PP Performance			หมายเหตุ
		ความถูกต้อง	ทันเวลา	ซ้ำซ้อน	
1	PERSON	✓	-	✓	
2	DEATH	✓	✓	✓	
3	CHRONIC	✓	✓	✓	
4	SERVICE	✓	✓	✓	ข้อมูล OP
5	DIAG	✓	-	-	ข้อมูล OP
6	DRUG	✓	-	-	ข้อมูล OP
7	PROCED	✓	-	-	ข้อมูล OP
8	SURVEIL	✓	-	✓	
9	EPI	✓	✓	✓	
10	FP	✓	✓	✓	
11	ANC	✓	✓	✓	
12	MCH	✓	-	✓	
13	PP	✓	-	✓	
14	NUTRI	✓	✓	✓	ตามรอบการส่ง
15	NCDSCREEN	✓	✓	✓	
16	CHRONICFU	✓	✓	✓	
17	LABFU	✓	✓	✓	
18	CARD	-	-	-	ไม่มีการประมวลผล
19	APคะแนน	-	-	-	ไม่มีการประมวลผล
20	WOMAN	-	-	-	ไม่มีการประมวลผล
21	HOME	-	-	-	ไม่มีการประมวลผล

3.1) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความถูกต้องของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความถูกต้องของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ในแต่ละแฟ้ม)} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)}}$$

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความถูกต้อง

แฟ้มข้อมูลถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 95 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลถูกต้อง ร้อยละ 90.01 - 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

แฟ้มข้อมูลถูกต้อง ร้อยละ 85.01 - 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

3.2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความซ้ำซ้อนของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความซ้ำซ้อนของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ซ้ำซ้อน (ในแต่ละแฟ้ม)} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่ตรวจสอบผ่านทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)}}$$

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความซ้ำซ้อน

แฟ้มข้อมูลซ้ำซ้อนน้อยกว่า ร้อยละ 5 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลซ้ำซ้อน ร้อยละ 5 - 10 ได้ 0.50 คะแนน

3.3) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความทันเวลาของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความทันเวลาของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งทันเวลาและผ่านการตรวจสอบ (ในแต่ละแฟ้ม)} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)}}$$

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความทันเวลา

แฟ้มข้อมูลทันเวลามากกว่า ร้อยละ 95 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลทันเวลา ร้อยละ 90.01 - 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

แฟ้มข้อมูลทันเวลา ร้อยละ 85.01 - 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

(3) การส่งข้อมูลทันเวลา

การส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึงการส่งข้อมูลการให้บริการภายในระยะเวลา ที่กำหนด คือ ส่งข้อมูลภายใน 1 เดือน หลังจากเดือนที่ให้บริการ

1.2.4 การโอนค่าใช้จ่าย

1) การโอนค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก / การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลดำเนินการโดย สปสช. (ยกเว้นการโอนค่าใช้จ่ายในส่วนของ สปสช.เขต 9 ซึ่งมีการบริหารงานแบบเขตสุขภาพ ดำเนินการโดย สปสช.เขต 9) โดยดำเนินการเป็นรายงวด หลังประมวลผลเสร็จสิ้น ดังนี้

งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 7 สิงหาคม 2555 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2555

งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2556

งวดที่ 3 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2556

งวดที่ 4 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556

ทั้งนี้ การโอนค่าใช้จ่ายในส่วนของ รพ.สต. และสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำจะโอนผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนหน่วยบริการที่มีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำทั้งของรัฐและเอกชนจะโอนตรงไปที่หน่วยบริการ

2) การโอนค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 7 สิงหาคม 2555 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2556

งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556

ทั้งนี้การโอนค่าใช้จ่ายในส่วนของ รพ.สต. และสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำจะโอนผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนหน่วยบริการที่มีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำทั้งของรัฐและเอกชนจะโอนตรงไปที่หน่วยบริการ

3) การโอนค่าตอบแทนคุณภาพข้อมูลการเงินการคลังของหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดสรรตามผลคะแนนคุณภาพข้อมูลการเงินการคลัง รายไตรมาส โดยจะโอนเงินตรงให้กับหน่วยบริการหลังประมวลผลเสร็จสิ้น ดังนี้

ไตรมาส 1 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 - วันที่ 31 ธันวาคม 2555

ไตรมาส 2 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 - วันที่ 31 มีนาคม 2556

ไตรมาส 3 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2556 - วันที่ 30 มิถุนายน 2556

ไตรมาส 4 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 - วันที่ 30 กันยายน 2556

1.2.5 ช่องทางการจัดส่งข้อมูล และกำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

1) ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

1.1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / ศูนย์สุขภาพชุมชน/คลินิก

ชุมชนรอบอุ้มที่ไม่ได้มีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำ ให้ส่งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้ สสจ. จัดส่งข้อมูลให้กับ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>

1.2) หน่วยบริการประจำทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งข้อมูลให้กับ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>

1.3) ระยะเวลาการส่งข้อมูล

(1) ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556 ส่งได้ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2556

(2) การส่งข้อมูลทันเวลาตามเกณฑ์คุณภาพ กำหนดให้ส่งข้อมูลภายใน 1 เดือน หลังจากเดือนที่ให้บริการ

2) ข้อมูลการเงินการคลัง

2.1) การรับข้อมูลการเงินการคลังรายเดือน และคะแนนคุณภาพข้อมูลรายไตรมาสของหน่วยบริการ ส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลการเงินการคลัง จัดส่งข้อมูลรายเดือนให้ สปสช. โดยตรงหรือผ่านทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด

2.2) กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล ทุกวันที่ 20 ของเดือนหรือทุกไตรมาส

1.2.6 สำหรับเขตนำร่องให้สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนด และต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

1.3 การบริหารจัดการบริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่สำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหน้าที่ทั้งในด้านรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน ป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน บริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555-2559 และสอดคล้องกับนโยบาย Smart health ของรัฐบาลซึ่งประกาศเป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการคือ ให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแลสุขภาพถึงบ้าน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็นความสำคัญและจัดสรรเงินเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปให้เป็นค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสริม

ศักยภาพการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยมีหลักการสำคัญที่ให้หน่วยบริการประจำต้องสนับสนุนส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลสุขภาพถึงบ้าน และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพด้วยความมั่นใจ โดยปีงบประมาณ 2556 ได้รับจัดสรรเงินจำนวน 37.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ

1.3.1. เป้าประสงค์

ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

1.3.2. วัตถุประสงค์

ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ(ประจำครอบครัว)ดูแลสุขภาพถึงบ้าน เมื่อเกิดความสามารถจะปรึกษาและประสานส่งต่อ-รับกลับให้มีการดูแลต่อเนื่อง

1.3.3. ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของครอบครัวมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจมาดูแลถึงบ้าน
- 2) มีศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจในเขตเมือง (คสม.)

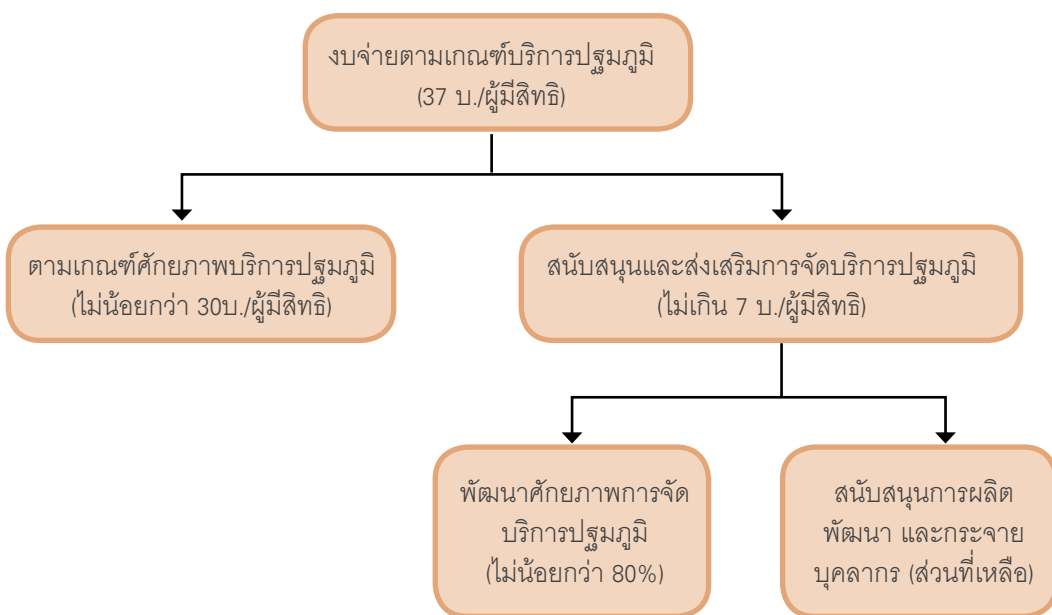
1.3.4. กลวิธี

- 1) ผลักดันเชิงนโยบายร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 2) กระจายอำนาจการบริหารจัดการสู่พื้นที่ทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด
- 3) ใช้กลไกการเงินกระตุ้นและ สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ/โรงพยาบาลแม่ข่าย พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง
- 4) สนับสนุนองค์กรภาคส่วนอื่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เอกชน; social enterprise) ให้มีบทบาทจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ยังมีช่องว่าง
- 5) เสริมบทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน
- 6) สนับสนุนการผลิต กระจาย และพัฒนากำลังคน เพื่อบริการระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน

1.3.5. กรอบการบริหารจัดการ

การบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2556



1) ค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ จำนวนไม่น้อยกว่า 30.00 บาทต่อผู้มีสิทธิเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้งในสังกัดภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ที่มีศักยภาพเชิงโครงสร้างและผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ โดยอย่างน้อยต้องเป็นไปตามเกณฑ์กลางที่ สปสช.กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับพื้นที่ได้ตามความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) โดยจัดสรรเป็นวงเงิน global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน 50 : 50 ทั้งนี้แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

2) ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ จำนวนไม่เกิน 7 บาทต่อผู้มีสิทธิจ่ายเป็นค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิและสนับสนุนการผลิต พัฒนาและกระจายกำลังคนปฐมภูมิตามบริบทของพื้นที่และตามทิศทางที่ สปสช.กำหนด รวมถึงการกำกับติดตามและประเมินผล โดยจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จัดสรรเป็นวงเงิน global budget ระดับเขต ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการ

ปฐมภูมิที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน 30:70 และแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. สำหรับส่วนที่เหลือเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

1.3.6. แนวทางการสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

1) ค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ

1.1) สปสช.กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการบริหารจัดการงบค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ พร้อมทั้งแจ้งเกณฑ์ประเมินกลางระดับประเทศ และวงเงิน global budget ระดับเขต ให้ สปสช.เขตทราบภายในเดือนตุลาคม 2555

1.2) สปสช.เขต กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับพื้นที่เพิ่มเติม (หากมี) และแนวทางการจ่ายโดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข. ให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1

1.3) สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่กำหนด และจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการพร้อมทั้งรายงานให้สปสช.ทราบภายในไตรมาสที่ 2

1.4) สปสช.เขตดำเนินการตรวจสอบ (Post Audit) หน่วยบริการที่รับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่สปสช.กำหนด และรายงานผลให้ อปสข. และ สปสช. ทราบภายในไตรมาสที่ 3

1.5) สำหรับเขตบริการสาธารณสุขนำร่อง (สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) สามารถกำหนดเกณฑ์เป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2555 ทั้งนี้ เกณฑ์ประเมินและแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

1.6) สปสช.ดำเนินการสุ่มตรวจสอบหน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรรงบฯ ตามแนวทางที่กำหนด และแจ้งผลให้สปสช.เขต ทราบ

1.7) ทั้งนี้ ผลการตรวจสอบทั้งของสปสช. และสปสช.เขต จะถูกรวบรวมโดย สปสช.เขต และอาจจะใช้เป็นเงื่อนไขการจ่ายในปีงบประมาณต่อไป

2) ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ

2.1) จำนวนเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือจำนวน 5.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงิน Global budget ระดับเขต ให้สปสช.เขตทราบพร้อมทั้งแนวทางการดำเนินงานภายในเดือน ตุลาคม 2555

2.2) จำนวนเงินไม่เกินร้อยละ 20 หรือจำนวน 1.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ สปสช.บริหารจัดการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.3) สปสช.เขต กำหนดเป้าหมาย แผนการพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ และแนวทางการจ่าย โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสช. พร้อมแจ้งให้สปสช. ทราบภายในไตรมาส 1

2.4) สปสช.เขต ดำเนินการจัดสรรตามแผนงาน/โครงการแล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 2

2.5) การจัดสรรค่านับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิแก่สปสช. สาขาจังหวัด ให้บูรณาการไปกับค่านับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน แพทย์แผนไทย ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง และอื่นๆ ตามความจำเป็นของพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไขหลักเกณฑ์ที่ตกลงร่วมกันกับ สปสช.เขต

2.6) สปสช.เขต กำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการแก่ อปสช.และสปสช. ภายในไตรมาส 4

1.3.7. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

1) สปสช.สาขาจังหวัด นิเทศและติดตามเยี่ยม และรายงานผลการกำกับ ติดตามเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และอปสช.ภายในสิ้นไตรมาส 3

2) สปสช.เขต ติดตามเยี่ยมสนับสนุนการพัฒนานหน่วยบริการในพื้นที่ และกำกับ ติดตามตามแนวทางที่สปสช.กำหนด

3) สปสช. ร่วมกับคณะกรรมการ/คณะทำงาน ที่เกี่ยวข้อง ออกเยี่ยมสนับสนุนในพื้นที่ร่วมกับ สปสช.เขต และรวบรวมผล/ข้อเสนอเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป

2. การบริหารค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในสำหรับการรับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ การรับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในและนอกหน่วยบริการประจำ การให้หรือรับบริการที่เกิดจากการรับ-ส่งต่อผู้มีสิทธิ การเข้ารับบริการตามข้อบังคับมาตรา 7 (กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเหตุอันสมควร) และการให้บริการศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง) ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป จะไม่รวมบริการที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่นๆ

2.1 กรอบการบริหารจัดการ

ในปีงบประมาณ 2556 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป เท่ากับ 975.85 บาทต่อผู้มีสิทธิ กำหนดให้มีการบริหารเป็นระดับเขต โดยจัดสรรงบประมาณเป็น global budget ระดับเขต เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต ทั้ง 13 เขต และสาขาเขตสังกัดกรมแพทยทหารเรือและทหารอากาศ

2.1.1 การคำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version 5 เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต ดังนี้

1) กรณีการบริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง) และกรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 (กรณีที่มีเหตุอันควร หรือกรณีอื่นๆ ตามที่ปรากฏในข้อบังคับมาตรา 7) ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight : adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2556

2) กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีสำรองเตียง และกรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 คำนวณดังนี้

2.1) ร้อยละ 55 มาจากจำนวนผลงานที่เป็นค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2556 จำแนกเป็นการให้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

2.2) ร้อยละ 45 มาจากจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐาน (Relative weight: RW) ที่คำนวณมาจากค่า RW เฉลี่ยต่อผู้มีสิทธิตามโครงสร้างอายุเป็นค่าภาพรวมระดับประเทศ คูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต (ตาม RW ต่อผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุ) จำแนกเป็นการให้บริการในเขตและการให้บริการนอกเขต ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า RW เฉลี่ยต่อประชากรตามกลุ่มอายุของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทกลุ่ม	อายุ (ปี)							
	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 59	60 - 69	≥70
ให้บริการในเขต	0.165	0.058	0.047	0.080	0.070	0.091	0.169	0.253
ให้บริการนอกเขต	0.014	0.004	0.003	0.009	0.008	0.007	0.009	0.009

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRGs version 5 ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปีงบประมาณ 2552-2553 (ไม่รวมเด็กแรกเกิดทุกราย)

2.1.2 การคำนวณวงเงิน global budget ระดับเขต ดังนี้

1) กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 ให้ใช้งบประมาณเท่ากับการจ่ายจริงในปีที่ผ่านมา

2) กรณีสำรองเตียงและกรณีให้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW จากการคำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในกรณีสำรองเตียงและกรณีให้บริการนอกเขต คูณด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

3) กรณีให้บริการในเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW เฉพาะบริการในเขตจากการคำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีสำรองเตียง คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต โดยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขตมาจากการคำนวณภาพรวมระดับประเทศด้วยจำนวนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปทั้งหมดหักเงินกรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 กรณีสำรองเตียงและกรณีให้บริการนอกเขต และหารด้วยผลรวมค่า adjRW เฉพาะบริการในเขต จากการคำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีสำรองเตียง

2.1.3 การจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต ให้คำนวณการจัดสรรจริงโดยประมาณการทั้งปีจากข้อมูลผลการให้บริการที่เกิดขึ้นที่เป็นปัจจุบัน

2.2 หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสดเชย

2.2.1 ให้กันเงินไว้เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการได้จำนวนไม่เกิน 15 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยให้ อปสข. พิจารณาแนวทางการจ่ายตามข้อเสนอของ สปสช.เขต และที่เหลือให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version 5

2.2.2 การจ่ายตามระบบ DRGs ให้จ่ายตามการให้บริการที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่จะเกิดขึ้น และอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยให้ อปสข. พิจารณาเป้าหมายจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ให้แต่ละจังหวัดภายใต้เพดาน global budget ระดับเขตของแต่ละเขต

2.2.3 อัตราการจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่า (Adjusted relative weight : adjRW) ดังนี้

1) การให้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงกันระหว่างหน่วยบริการ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2) การให้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW และไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

3) การให้บริการกรณีมาตรา 7 (ทั้งหน่วยบริการในระบบและนอกระบบ) ให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2556

4) การให้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละ global budget ระดับเขตโดยขึ้นอยู่กับ global budget ระดับเขตแต่ละเขต กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของแต่ละเขต และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

2.2.4 การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ให้ สปสช.เขตสามารถกำหนดอัตราจ่ายต่อ adjRW เบื้องต้นที่อัตราหนึ่ง โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และต้องจ่ายให้หมด global budget ระดับเขตตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้ อปสข. พิจารณาเงินส่วนที่อาจจะเหลือ (จากการกำหนดเป้าหมายและอัตราจ่ายต่อ adjRW เบื้องต้น) ให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้

2.2.5 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ

2.2.6 ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกันเพื่อร่วมกันตรวจสอบและพัฒนาระบบการจัดบริการ โดยเฉพาะกรณีมีการใช้บริการนอกเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่า 2) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทั้งการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

2.2.7 การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก global budget ระดับเขต แต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ

2.3 การบริหารการจ่าย

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกเขต จะมีการกั้นงบประมาณสำหรับข้อมูลที่มีการอุทธรณ์และส่งล่าช้าไม่เกินร้อยละ 3 และจ่ายตามเงื่อนไขมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้งบประมาณที่กั้นไว้สำหรับข้อมูลที่มีการอุทธรณ์และส่งล่าช้า สามารถจ่ายให้กับผลงานในปีที่ผ่านมาได้

2.4 การส่งข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-Claim หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการเพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2556

3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการ ที่มีต้นทุนคงที่สูง

เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายเพิ่มเติมโดยคำนึงถึงต้นทุนคงที่สำหรับหน่วยบริการประจำสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้จัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นการบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศและมีหลักเกณฑ์การจ่ายดังนี้

1.1 ให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10-120 เตียง และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน ดังนี้

1.1.1 คำนวณรายจ่ายที่น่าจะเป็นสำหรับปี 2556 ของ CUPเป้าหมายตามตัวแปรสมการต้นทุน โดยเป็นค่าต้นทุนคงที่ (Fixed cost) ในสัดส่วนของบริการที่เกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติราย CUP และค่าต้นทุนผันแปร (Variable cost) แบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่น่าจะเป็นในพื้นที่ที่ดูแลระดับจังหวัด

1.1.2 เปรียบเทียบผลคำนวณข้อ 1.1.1 กับการคำนวณจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ หากมากกว่าให้จ่ายเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง ให้เท่ากับผลต่างที่เกิดขึ้น

1.2 จัดสรรเงินเพิ่มเติมสำหรับจังหวัดที่มีประชากรลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่า 300,000 คน โดยปรับให้ภาพรวมของงบประมาณระดับจังหวัด (เฉพาะค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ งบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค) หลังปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐให้ได้ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทุกจังหวัดหักหนึ่งส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้พิจารณาสำหรับการจ่ายเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูงให้หน่วยบริการเป้าหมายกรณีที่หน่วยบริการเป้าหมายมีภาระในการสงเคราะห์การให้บริการประชากรอื่นๆ เช่น หน่วยบริการในพื้นที่ติดชายแดนของจังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน สระแก้ว หรือกรณีอื่นๆ

1.4 หากจัดสรรตามหลักเกณฑ์ตามข้อ 1.1 ถึง ข้อ 1.3 แล้ว มีงบประมาณเหลือ ให้จัดสรรให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรสิทธิในอัตราเดียวกัน

4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)

เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 กรณี ได้แก่

4.1 กรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง (รวมยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด)

4.2 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

4.3 กรณีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ

โดยบริหารจัดการเป็นแบบภาพรวมระดับประเทศ ที่สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการทั้ง 3 กรณีได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง และกรณีมีเงินเหลือให้จัดสรรให้หน่วยบริการตามจำนวนประชากรสิทธิ และ/หรือตามผลงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับแนวทางการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนด ดังนี้

4.1 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง (รวมยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด)

ในปีงบประมาณ 2556 จัดกลุ่มการบริหารจัดการกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูงใหม่ให้ชัดเจนมากขึ้นตามสิทธิประโยชน์ โดยจำแนกเป็น

4.1.1 หัตถการและการวินิจฉัยที่มีปัญหาการเข้าถึง

4.1.2 ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

4.1.1 หัตถการและการวินิจฉัยที่มีปัญหาการเข้าถึง

1) กรณีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน บริหารการจ่ายแบบระบบ Point system with ceiling and global budget โดย

1.1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) และข้อบ่งชี้เป็นไปตามที่ สปสช.ประกาศกำหนด

1.2) จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคากลางของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด

1.3) สปสช. อาจสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมดำเนินการจัดส่งตามระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure) ที่มีระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 60 วัน รวมถึงระยะ Acute on top จ่ายตามจริงที่คำนวณได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้งการล้างไต ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

3) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

4) การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

4.1) กรณีโรคมะเร็งทั่วไป

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาจ่ายตามจริงที่คำนวณได้ไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง

4.2) กรณีโรคมะเร็งที่มีการประกาศกำหนดให้มีการรักษาตามโปรโตคอล

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา จ่ายชดเชยไม่เกินจำนวน cycle และเงินชดเชยตามจริงที่คำนวณได้ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละ cycle ของโปรโตคอลต่างๆ รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

5) รายการที่เป็นการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ของบริการแบบ ambulatory care

สำหรับการบริการตรวจวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดตามรายการที่กำหนด สำหรับบริการผู้ป่วยนอกหรือบริการที่เป็นการบริการแบบ ambulatory care (พักสังเกตอาการหลังบริการ 1 - 2 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines) ขององค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ สปสช.ประกาศเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดย

5.1) การจ่ายค่าบริการเป็นไปตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ต้องไม่เกินราคาราคากลางของแต่ละรายการ

5.2) กรณีมีการให้บริการเกี่ยวกับการรักษาโรคหัวใจทั้งการตรวจวินิจฉัย และการทำหัตถการ มากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้ง สปสช. จะจ่ายชดเชยเพียง 1 รายการที่มีราคาราคากลางสูงสุด

5.3) ราคาราคากลางการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นราคาที่รวมค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงค่าห้องที่ทำหัตถการ ค่ายา และค่าอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้การวินิจฉัยนั้นดำเนินการได้ครบถ้วน โดยไม่รวมค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ที่สามารถเบิกชดเชยจาก สปสช. ได้

5.4) อัตราราคาราคากลางการตรวจวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด มีดังนี้

ลำดับ	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

6) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่

สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่และต้องได้รับการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในด้านการแก้ไขด้านทันตกรรมจัดฟันและแก้ไขการพูด จำให้เฉพาะหน่วยบริการที่แสดงความจำนงเข้าร่วมให้บริการและบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายในโปรแกรม DMIS โดยมีอัตราค่าบริการอรรถบำบัด / แก้ไขการพูด 3,850 บาทต่อรายต่อปี และค่าบริการทันตกรรมจัดฟันเหมาจ่าย 48,000 บาทต่อรายจนครบกระบวนการให้บริการ โดยรายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

7) การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด

7.1) การบริหารจัดการบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด (OP Refer ข้ามจังหวัด) เป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และการตามจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- (1) คัดกรองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัด เมื่อถูกส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม
- (2) คัดกรองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยการทำ Risk sharing เมื่อมีการเรียกเก็บจากหน่วยบริการรับส่งต่อในราคาที่สูงมาก รวมทั้งตรวจสอบ

การเรียกเก็บไม่ให้ซ้ำซ้อนกับรายการที่มีการกำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

- (3) พัฒนาระบบจัดการที่ใช้งานง่าย ลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บและการตามจ่ายทั่วประเทศและทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบ และการบริหารจัดการ

7.2) กรอบการบริหารงบประมาณ

- (1) เป็นการจ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยมีงบประมาณจำนวนหนึ่งที่กันมาจากเงินเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ
- (2) จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อ ตามผลงานการให้บริการหลังจากมีการให้บริการ และส่งข้อมูลเข้าในระบบและมีการอนุมัติรายบุคคลเรียบร้อยแล้ว
- (3) สปสช.เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

7.3) เกณฑ์การจ่ายเงินงบประมาณจัดสรรเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการตามเกณฑ์และเงื่อนไขดังนี้

- (1) เป็นการบริการประเภทผู้ป่วยนอก
- (2) เป็นการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ส่งต่อแบบต่อเนื่อง)
- (3) หน่วยบริการที่รักษาอยู่ข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ
- (4) การส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจพิเศษต่างๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการในครั้งนั้นด้วย
- (5) การรับส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่ข้ามจังหวัดภายใต้เงื่อนไขที่จังหวัดตกลงกันเองเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย ถือว่าเป็นการให้บริการในจังหวัดไม่เข้าเกณฑ์รับส่งต่อข้ามจังหวัด

7.4) เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชย

- (1) หน่วยบริการประจำ/สปสช.สาขาจังหวัด ต้องตรวจสอบเพื่ออนุมัติข้อมูลการส่งต่อรายบุคคลตามเวลาที่กำหนด
- (2) รายการที่กำหนดราคากลาง จ่ายชดเชยตามเรียกเก็บไม่เกินราคากลางตามภาคผนวก 3
- (3) หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.สาขาจังหวัดจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการ
- (4) ส่วนเกินจากเพดานที่กำหนด สปสช. ร่วมจ่ายจากงบค่าบริการ OP refer ข้ามจังหวัด

7.5) วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

- (1) ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช. กำหนด ในระบบโปรแกรม E-Claim ส่งไปยัง สปสช.
- (2) ให้หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.สาขาจังหวัด ตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ (Approve) ในระบบโปรแกรม E-Claim หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน (A) เรียบร้อยแล้วหรือภายใน 14 วันหลังวันตัดยอดข้อมูลแต่ละเดือน หากเกินกำหนดระบบจะทำการอนุมัติข้อมูลให้เป็น “ยอมรับการส่งต่อและยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย
- (3) ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลา 30 วันนับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย โดย สปสช. จะกำหนดวันตัดยอดข้อมูลเป็นรายเดือน
- (4) สปสช. ขอยกเลิกเอกสาร หลักฐานทั้งการเรียกเก็บและการตามจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยให้หน่วยบริการเก็บไว้ที่หน่วยบริการและให้ดำเนินการดังนี้
 - (4.1) หน่วยบริการประจำ/สปสช.จังหวัด แล้วแต่กรณีสามารถตรวจสอบข้อมูลรายบุคคลในรายงานพึงจ่ายรายเดือน (Statement พึงจ่าย)

สำหรับตรวจสอบข้อมูลการตามจ่ายให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อ
ที่ สปสช. ชำระบัญชีแทน ตามเวลาที่กำหนด

- (4.2) หน่วยบริการรับส่งต่อตรวจสอบรายละเอียดการได้รับเงินชดเชย
จาก Statement ฟังรับรายเดือน โดยจะมีข้อมูลรายละเอียด
รายบุคคล รายละเอียดรายหน่วยบริการ โดย สปสช. จะทำหน้าที่ชำระ
บัญชีแทนหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. สาขาจังหวัดทั่วประเทศ
- (4.3) ข้อมูลรายละเอียดการจ่ายชดเชย และการได้รับชดเชยค่าบริการ
สาธารณสุข สามารถตรวจสอบได้เมื่อได้รับหนังสือแจ้งการโอนเงิน
กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจาก สปสช. โดยสามารถดู
รายละเอียดการโอนเงิน ทั้งรายบุคคล รายละเอียดรายงานฟังรับ
รายเดือน (Statement ฟังรับ) และหน่วยบริการประจำหรือ
สปสช. สาขาจังหวัดสามารถตรวจสอบรายละเอียดค่าใช้จ่ายใน
การจ่ายชดเชยจากรายงานฟังจ่ายรายเดือน (Statement ฟังจ่าย)
จาก website : <http://eclaim.nhso.go.th>

4.1.2 ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

1) ยาขั้นธาตุหลักสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

1.1) เจ็อนไขบริการ

- (1) สำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2) ลักษณะอาการทางคลินิก หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตาม
เจ็อนไขหรือเข้าเกณฑ์การส่งใช้ยาใน คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแล
ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (National guideline)
- (3) ผ่านการอนุมัติตามเจ็อนไขที่ สปสช. กำหนด

1.2) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติที่มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และสามารถให้บริการ
ผู้ป่วยตาม National practice guideline ที่ออกโดยสมาคมโลหิตวิทยา

1.3) การบริหารจัดการ จะจ่ายชดเชยเป็นเงินหรือยาขับธาตุเหล็กเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ตาม National practice guideline ที่ออกโดยสมาคมโลหิตวิทยา

2) การให้ส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง เพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเข้าถึงบริการแพคเตอร์เข้มข้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการรับส่งต่อให้บริการที่มีมาตรฐานและสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการ โดยมีการบริหารจัดการดังนี้

2.1) การลงทะเบียน

- (1) ผู้ป่วยรายเก่าที่เคยลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2549-2555 สปสช. จะมีฐานข้อมูลการลงทะเบียนของผู้ป่วยแยกตามรายหน่วยบริการรับส่งต่อที่รับลงทะเบียน โดยที่ไม่ต้องลงทะเบียนให้ผู้ป่วยซ้ำ แต่หน่วยบริการต้องลงข้อมูลการติดตามการรักษาผู้ป่วยรายเก่าที่มีชีวิตอยู่ทุกครั้งที่มารับบริการการให้แพคเตอร์
- (2) ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียรายใหม่ที่ไม่เคยลงทะเบียนหรือรายเก่าที่ย้ายสิทธิจากสิทธิอื่นเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบ DMIS
- (3) ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียต้องลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการอย่างถูกต้องที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ สปสช.จำนวน 45 แห่ง ดังมีรายชื่อต่อไปนี้ (ทั้งนี้ สปสช.อาจประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง กรณีที่มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมในแต่ละปี)

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	24. โรงพยาบาลอุดรธานี
2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	25. โรงพยาบาลลำปาง
3. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	26. โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	27. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เชียงราย
5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	28. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	29. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	30. โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่
8. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	31. โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา
9. โรงพยาบาลราชวิถี	32. โรงพยาบาลตรัง
10. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	33. โรงพยาบาลน่าน
11. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	34. โรงพยาบาลนครปฐม
12. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	35. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
13. โรงพยาบาลสระบุรี	36. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
14. โรงพยาบาลชลบุรี	37. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
15. โรงพยาบาลระยอง	38. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
16. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	39. โรงพยาบาลสกลนคร
17. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ ปราจีนบุรี	40. โรงพยาบาลพุทธโสธร ฉะเชิงเทรา
18. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ สุพรรณบุรี	41. โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ชุมพร
19. โรงพยาบาลราชบุรี	42. โรงพยาบาลนราธิวาส
20. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	43. โรงพยาบาลกระบี่
21. โรงพยาบาลขอนแก่น	44. โรงพยาบาลศรีสะเกษ
22. โรงพยาบาลสุรินทร์	45. โรงพยาบาลบุรีรัมย์
23. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	

2.2) สิทธิประโยชน์

- (1) ผู้มีสิทธิจะได้รับการคุ้มครองเฉพาะการจ่ายแพ็คเกจ์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการ เพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น โดยผู้มีสิทธิต้องมารับยาที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ตนเองได้ลงทะเบียนไว้ตามกำหนดนัดของหน่วยบริการนั้น และแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้กำหนดจำนวนยาที่จะนำไปเก็บไว้ที่บ้านตามความเหมาะสมในแต่ละระดับอาการ

- (2) ผู้มีสิทธิจะได้รับแพ็คเกจเข้มข้นจำนวนหนึ่ง สำหรับการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน ตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแพ็คเกจเข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่วงท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง
- (3) ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในโครงการที่อยู่ใกล้บ้าน และสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ
- (4) ผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการ รวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแพ็คเกจเข้มข้นเท่านั้น ซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้
- (5) บริการที่ไม่ครอบคลุมในการจ่ายค่าบริการส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย
 - (5.1) การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้น หน่วยบริการไม่สามารถเบิกชดเชยค่าแพ็คเกจเข้มข้นจาก สปสช.ได้ ให้ใช้ส่วนประกอบของเลือดในการรักษาตามปกติ
 - (5.2) การรักษาความเจ็บป่วยทั่วไปเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ
 - (5.3) การรักษาในภาวะฉุกเฉิน หากมีความจำเป็นต้องข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2.3) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหน่วยบริการสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการกับ สปสช. โดยโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในโครงการนี้จะเรียกว่า “หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค ฮีโมฟีเลีย” ซึ่งต้องมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

(1) หลักเกณฑ์ทั่วไป

- (1.1) ต้องผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบใดระบบหนึ่ง
- (1.2) สามารถให้บริการทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง
- (1.3) มีการบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ
- (1.4) มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับ พร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและวิชาการอย่างต่อเนื่อง

(2) ด้านบุคลากร

- (2.1) มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจรปฏิบัติงานประจำเต็มเวลาสามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้คือ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือนักเทคนิคการแพทย์
- (2.2) มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

(3) ด้านการจัดบริการ สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

- (3.1) มีหน่วยงานเวชระเบียนรับผิดชอบในการจัดระบบข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้เรียกข้อมูลย้อนหลังได้ไม่ต่ำกว่า 3 ปี และรายงานให้กับสปสช.ได้ตามที่กำหนด
- (3.2) มีหอผู้ป่วยในที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโลหิตวิทยา

(3.3) มีห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือดและรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน และมีความพร้อมให้บริการในภาวะฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

(3.4) มีความพร้อมด้านยาที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่สปสข. และมูลนิธิโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียกำหนด

2.4) แนวทางการจัดบริการ

(1) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น รูปแบบการให้แพคเตอร์เข้มข้นมีหลายวิธี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันไม่ไถด หน่วยงานบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียอาจเลือกวิธีสำรองยาไว้ที่หน่วยงานบริการโดยไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัว เมื่อเกิดเลือดออกให้ผู้ป่วยรีบเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยงานบริการรับส่งต่อโดยตรงในทันที แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลจากหน่วยงานบริการรับส่งต่อหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาได้อย่างทันท่วงที หน่วยงานบริการรับส่งต่ออาจเลือกวิธีจ่ายแพคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยงานบริการประจำใกล้บ้าน เมื่อเกิดเลือดออกก็ให้นำยาไปฉีดหรือรับบริการที่หน่วยงานบริการประจำใกล้บ้าน พร้อมกับนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยไปให้หน่วยงานนั้นลงบันทึกการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่หน่วยงานบริการรับส่งต่อตามนัดในครั้งต่อไป ให้หน่วยงานบริการรับส่งต่อเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เป็นหลักฐาน และเบิกค่าแพคเตอร์เข้มข้นชดเชยคืนส่วนที่ใช้ไป โดยลงข้อมูลการให้บริการทางเว็บไซต์ www.nhso.go.th ต่อไป

(2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน หน่วยงานบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียสามารถให้แพคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย ที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย โดยใช้ร่วมกับส่วนประกอบของเลือดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สปสข.จะจ่ายค่าแพคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยงานบริการ โดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน ที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแพคเตอร์เข้มข้น

จำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

- (3) การติดตามดูแลผู้ป่วย ดำเนินการได้หลายช่องทาง เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home care) หรือทางโทรศัพท์ โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐานใน OPD CARD หรือสมุดบันทึกการโทรศัพท์ของหน่วยบริการหรือส่งแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรับแพ็คเกจโรคมะเร็งตามโครงการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ให้ผู้ป่วยตอบกลับมาที่หน่วยบริการ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงการมีชีวิตรอยู่และการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลประกอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ ในกรณีที่มิชอบซึ่งให้ต้องสงสัยในการติดตามการรักษา หรือการ Follow up ติดตามดูแลผู้ป่วย

2.5) การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

- (1) เกณฑ์และอัตราการจ่าย การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- (1.1) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้นเป็นการจ่ายเพิ่มจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการ โดยจำแนกการจ่ายตามเงื่อนไขอายุและระดับความรุนแรงของโรคในอัตรา

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)

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)

- (1.2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นการจ่ายเพิ่มจากระบบ DRG ให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน ตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น แต่ไม่เกิน 120,000 บาท/ครั้งของการนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)
- (2) การจ่ายเงิน
 - (2.1) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น แบ่งจ่ายเป็นงวดรายเดือนตามผลการให้บริการ
 - (2.2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน จ่ายเป็นครั้งๆ ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน
- (3) เงื่อนไขการจ่ายเงิน สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาหรือการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรมระบบ DMIS เท่านั้น โดย
 - (3.1) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในโครงการ ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น ให้บันทึกข้อมูลทุกเดือน กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต บันทึกข้อมูลเมื่อมีการให้บริการแต่ละครั้ง
 - (3.2) สปสช.จะตัดข้อมูลการให้บริการทุกวันที่ 25 ของเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป
 - (3.3) กรณีมีการย้ายหน่วยบริการรับส่งต่อที่รักษา สปสช.จะจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่รับย้ายตามงวดการจ่ายเงินเดิม โดยจะเริ่มโอนเงินงวดต่อจากงวดที่หน่วยบริการเดิมได้รับไปแล้ว
 - (3.4) กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือในกรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิ์การรักษา สปสช. จะยุติการโอนเงินงวดต่อไป ให้หน่วยบริการรับส่งต่อ

- (3.5) สปสช.สามารถขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

2.6) บทบาทการจัดบริการ

(1) บทบาทของ Case manager

- (1.1) ทำทะเบียนผู้ป่วย ทบทวนการบริการและติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการตามแผนการรักษา รวมทั้งการประเมินผล
- (1.2) ประสานสนับสนุนและให้ข้อมูลแก่แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการรักษา
- (1.3) เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามรักษา/ดูแลผู้ป่วย
- (1.4) ให้คำปรึกษา แนะนำและความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- (1.5) แนะนำผู้ป่วยและเครือข่ายให้ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

(2) บทบาทหน่วยบริการประจำ

- (2.1) ให้บริการดูแลรักษาส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปตามปกติตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2.2) แนะนำและส่งผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่อยู่ในความดูแลไปลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ
- (2.3) ให้บริการฉีดแฟกเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่เริ่มมีอาการเลือดออก ตลอดจนดูแลรักษากรณีมีอาการเลือดออกที่ไม่ใช่อาการเลือดออกรุนแรงมากที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยส่วนประกอบของเลือด (พลาสมาสด, พลาสมาแห้ง, ไครโอพรีซิปีเตรต เป็นต้น) หากเกินขีดความสามารถการรักษา ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยบริการระดับสูงขึ้นไปตามระบบส่งต่อหรือที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

- (2.4) ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติทางพันธุกรรม และส่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ
- (3) บทบาทหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย
 - (3.1) ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย
 - (3.2) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งลงทะเบียนกับหน่วยบริการหรือถูกส่งตัวมาจากหน่วยบริการประจำ
 - (3.3) ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้น ให้ผู้ป่วยที่ลงทะเบียน เพื่อนำไปใช้กรณีที่เริ่มมีเลือดออกตามแนวทางเวชปฏิบัติ และดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา
 - (3.4) จัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม
 - (3.5) ประสานกับหน่วยบริการประจำ เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู สภาพ
 - (3.6) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัว และดูแลผู้ป่วย ฮีโมฟีเลีย ให้สามารถประกอบภารกิจในชีวิตประจำวัน ได้โดยปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงจากภาวะเลือดออก หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการเลือดออก
 - (3.7) จัดกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านโรคฮีโมฟีเลีย เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการ และเครือข่ายผู้ป่วยแบบบูรณาการ
 - (3.8) ส่งรายงานให้ สปสช.ตามเงื่อนไขที่กำหนด

3) การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาเร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial infarction Fast Track)

เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้องและทันเวลา ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิด

ภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการบริหารจัดการดังนี้

3.1) กรอบการบริหารจัดการ

- (1) งบประมาณสนับสนุนให้หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ¹ ที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่สสข. กำหนด²
- (2) หน่วยบริการเป้าหมาย ได้แก่ หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2) แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

- (1) การบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ เป็นค่ายาละลายลิ้มเลือด rt-PA สำหรับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการที่มีการให้การรักษานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ มีการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ้มเลือดและ/หรือมีการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟู

¹ เครือข่ายบริการ หมายถึง รูปแบบการจัดบริการที่มีการส่งต่อและรับกลับ ระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ตามบริการที่กำหนด

² การรักษานผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) อ้างอิงแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ: สถาบันประสาทวิทยา, 2549. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) อ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2551:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551. (กรณีมีการปรับปรุงมาตรฐานหรือแนวทางดังกล่าว ให้เริ่มใช้ฉบับปรับปรุงแทนฉบับเดิม)

สมรรถภาพเหมาะสมจ่ายรายละเอียด 49,000 บาท โดยวิธีการเบิกจ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

- (2) การบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST - Elevated Myocardial Infarction Fast Track) จ่ายชุดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ โดยค่ายาละลายลิ้มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา เหมาะจ่ายรายละเอียด 10,000 บาท ค่ายาละลายลิ้มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาะจ่ายรายละเอียด 49,000 บาท โดยรายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

3.3) บทบาทหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง

(1) สปสช.

- (1.1) จัดทำแผนสนับสนุนการบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสปสช.เขต
- (1.2) จัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (1.3) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในภาพรวม
- (1.4) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอในการสนับสนุนการบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป

(2) สปสช.เขต

(2.1) ประสานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการเข้าร่วมให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)

(2.2) ชี้แจง และทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรม

(2.3) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในระดับเขต

(2.4) รวบรวมข้อมูล ผลการดำเนินงานส่งสปสช. เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานต่อไป

(3) หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ

(3.1) ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สปสช. กำหนด

(3.2) บันทึกข้อมูลในระบบ เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(3.2.1) การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) ลงข้อมูลในระบบ E-Claim ดังนี้

1. ระบุ โรคหลัก (Pdx.) หรือ โรครอง (Sdx.) ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน เป็น I630-I639
2. ระบุรหัสเหตุการณ์ (ICD9CM) ได้แก่
 - CT Brain (8703) และ Thrombolytic Agent (9910) และ/ หรือ
 - Diagnostic Physical Therapy: 9301-9309 (ยกเว้น 9303, 9306, 9307, 9308) กรณีที่ผู้ป่วยมี

ความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบุรหัส 9311-9319, 9322-9329, 9331-9339, 9381-9384, 9394-9399 (ยกเว้น 9315, 9326, 9337, 9382, 9383, 9395, 9396, 9397, และ 9398)

(3.2.2) การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ลงข้อมูลในระบบ E-Claim และ DMIS ดังนี้

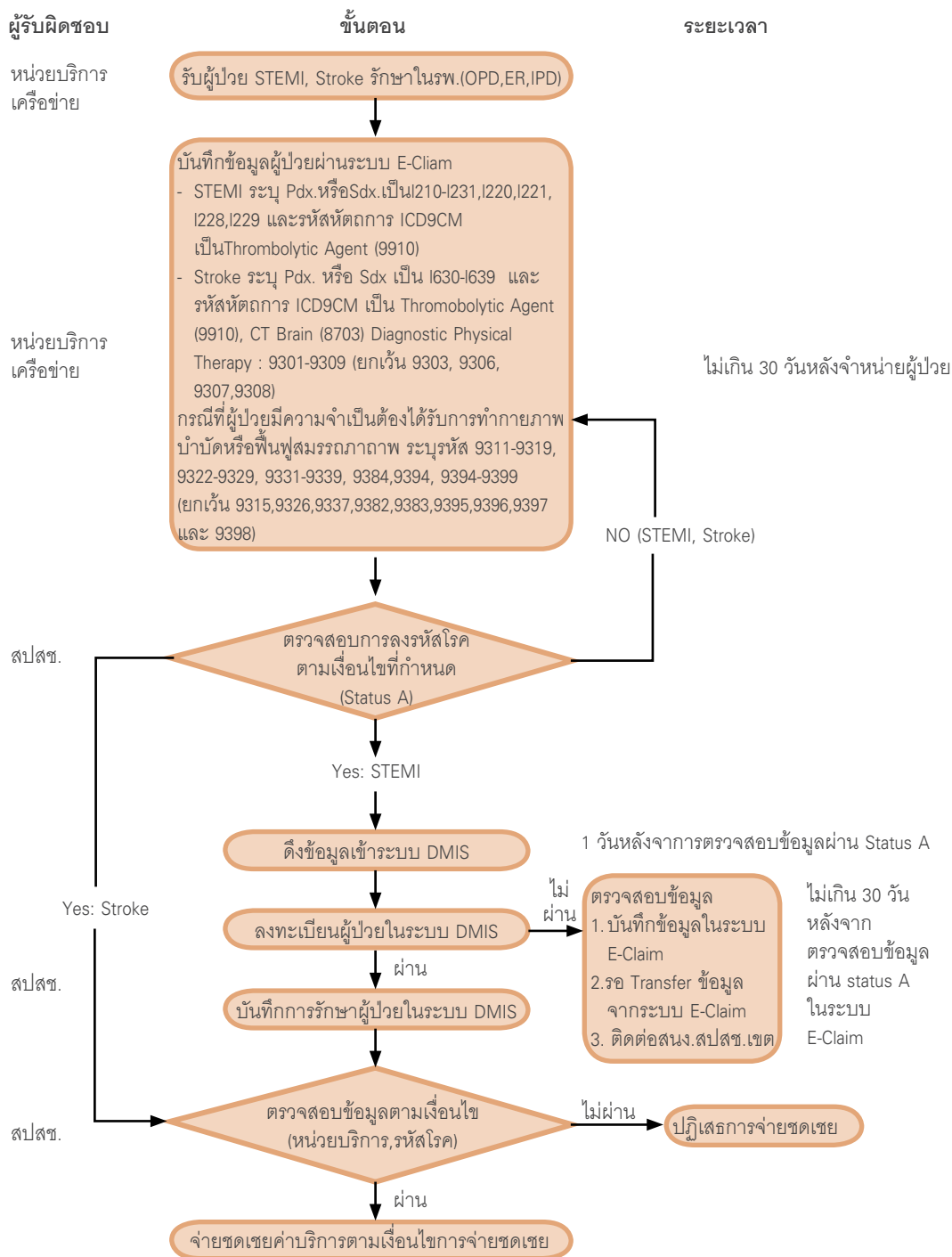
1. ลงข้อมูลในระบบ E-Claim โดยระบุโรคหลัก (Pdx.) หรือ โรครอง (Sdx.) เป็น I210-I213, I220, I221, I228, I229 และระบุรหัสหัตถการ (ICD9CM) เป็น Thrombolytic Agent (9910)
2. ลงข้อมูลเพิ่มเติมในระบบ DMIS หลังจากบันทึกข้อมูลในระบบ E-Claim แล้วไม่เกิน 30 วัน

ทั้งนี้หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ให้ติดต่อผ่าน สปสช.เขต

3.4) การติดตามควบคุมกำกับ

- (1) ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามที่ สปสช. กำหนด
- (2) ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ
- (3) วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามข้อมูลที่ได้รับ

ขั้นตอนการดำเนินงานสนับสนุนการบริหารจัดการบสนับสนุนบริการ
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่วน ST (ST-Elevated Myocardial infarction Fast Track)



4) กรณีค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับผู้ป่วยนอก

สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ จ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกิน 30 บาทต่อวัน รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

5) การให้ยารักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

5.1) การให้ยารักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal Meningitis) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีอัตราจ่าย ดังนี้

- กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายตามจริงที่คำนวณได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้ง
- กรณีผู้ป่วยใน จ่ายเพิ่มเติมจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยจ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 15,000 บาทต่อ Admission

5.2) การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus Retinitis) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยจ่ายชุดทยา Ganciclovir สำหรับการฉีดเข้าที่น้ำวุ้นในลูกตา จ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกิน 250 บาทต่อตาต่อข้าง กรณีฉีดทุกสัปดาห์ และในอัตรา 500 บาทต่อตาต่อข้างกรณีฉีดทุก 2 สัปดาห์ รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

6) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 บัญชี จ(2) หมายถึงรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในการกำกับการเข้าถึงยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสปสช.

“รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ” ตามบัญชี จ(2) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมี

แนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (Authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานที่ให้สิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา โรงพยาบาลจะต้องมีระบบกำกับ ประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

สปสช. โดยความร่วมมือของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ร่วมกันวางระบบการเข้าถึงและชดเชยยาในบัญชี จ(2) ระบบจัดเก็บข้อมูลคุณภาพด้านยา รวมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาราคาสูงตามความจำเป็นและไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยบริการการบริหารจัดการเป็นดังนี้

6.1) สิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีจำนวน 16 รายการ สปสช. ดำเนินการตามระบบบริหารจัดการเพิ่มการเข้าถึงยาบัญชี จ(2) 14 รายการ ได้แก่

- | | |
|--|-----------------------------|
| (1) Botulinum toxin type A inj. | (8) Brvacizumab inj. |
| (2) Leuprorelin inj. | (9) Imiglucerase inj. |
| (3) Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) | (10) Linezolid inj. |
| (4) Docetaxel inj. | (11) Peginterferon inj. |
| (5) Letrozole tab | (12) Ribavirin tab |
| (6) Liposomal amphotericin B inj. | (13) Thyrothropin alfa inj. |
| (7) Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj | (14) Voriconazole tab, inj. |

โดยมีเงื่อนไขตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและหน่วยบริการตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (สามารถ download แนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ได้ที่ website บัญชียาหลักแห่งชาติ <http://www.nlem.in.th>)

ยกเว้น กรณียา Docetaxel และยา Letrozole ซึ่งเดิม สปสช. มีการกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่แล้ว ก่อนการประกาศใช้แนวทางการบริหารจัดการยาบัญชี ๑(๒) ซึ่งเงื่อนไขของหน่วยบริการและคุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษาเดิมเปิดกว้างกว่าเงื่อนไขของยาบัญชี ๑(๒) ที่ระบุเฉพาะหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ ดังนั้น เพื่อให้หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษาเดิม และคุณสมบัติของหน่วยบริการ ที่ไม่ตรงกับเงื่อนไขของยาบัญชี ๑(๒) สามารถขอชดเชยยา Docetaxel และยา Letrozole เพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาของผู้ป่วยไม่น้อยไปกว่าสิทธิประโยชน์เดิม สปสช. จึงกำหนดให้หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชยยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และเงื่อนไขคุณสมบัติแพทย์ตามข้อกำหนดของ สปสช. เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ได้

6.2) สำหรับรายการยาในบัญชี ๑(๒) 2 รายการ ที่ สปสช. ไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี ๑(๒) ได้แก่

- (1) Erythropoietin injection หน่วยบริการจะได้รับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามคู่มือการบริหารงานบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- (2) Imatinib mesilate tablet ซึ่งเป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP (Glivec International Patient Assistant Program) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ป่วยเป็นโรค GIST และ CML ที่ต้องใช้ยา Imatinib mesilate ตามเงื่อนไขการส่งใช้ยาในบัญชี ๑(๒) ที่มีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 1,700,000 บาท หน่วยบริการสามารถเบิกยาให้ผู้ป่วยจากโครงการ GIPAP สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีคุณสมบัติเรื่องรายได้ครัวเรือนไม่ตรงตามที่ GIPAP กำหนด สามารถเบิกได้ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

6.3) กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนรายการยาบัญชี ๑(๒) เข้า หรือ ออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือมีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขและแนวทางกำกับการใช้ยา สปสช. จะดำเนินการกำหนดสิทธิประโยชน์ และแจ้งรายละเอียดให้หน่วยบริการรับทราบเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติ

ต่อไป สำหรับรายการยาที่มีการปรับออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่มีผู้ป่วยที่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาจนครบการรักษา (เฉพาะการสั่งใช้ต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม) สปสช.จะเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้ผู้ป่วยจนครบการรักษาตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

6.4) เงื่อนไขการรับบริการ

- (1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษายาในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2) มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งชี้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

ตารางที่ 3 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ตามบัญชียาหลัก พ.ศ.2555

รายการยา	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยา
Botulinum toxin type A inj	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)
Leuprorelin inj.	
Immunoglobulin G Intravenus (IVIG)	
Liposomal amphotericin B inj	
Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj	
Bevacizumab inj	
Imiglucerase inj	
Peginterferon inj.	
Linezolid tab	
Ribavirin tab	
Thyrotropin alfa inj	
voriconazole (tab,inj)	
Docetaxel	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) หรือตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล
Letrozole tab	
Erythropoietin inj.	ตามแนวทางการบริหารบบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
Imatinib mesilate tab.	ตามเงื่อนไขโครงการ GIPAP

6.5) คุณสมบัติของแพทย์ และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

- (1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2) มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ของ สปสช.กำหนด

6.6) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

(1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

(1.1) ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system) สปสช. จะจ่ายชดเชยยา จ(2) ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยาหรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) และการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลาง ที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มี การจัดตั้งหน่วยงานกลางขึ้น ดังนั้น สปสช. จึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย ซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าว หน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับ การใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยา จ(2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด และเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

(1.2) การจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ และการขอสำรองยา มีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

(1.2.1) หน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการ ผ่าน สปสช.เขต โดยระบุ

- รายละเอียดของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ สาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ ยา และ ข้อบ่งใช้ที่จะขอสั่งใช้ยา
 - รายละเอียดผู้ประสานงานดูแลระบบการเบิกยาของโรงพยาบาล (ชื่อ นามสกุล และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน) เพื่อใช้ออก username, password สำหรับ ใช้ในการเข้าสู่โปรแกรมการเบิกยาของ สปสช. หลังจากนั้นผู้ประสานงานที่ สปสช. เขต จะตรวจสอบข้อมูลและแจ้งหน่วยบริการ และ สปสช. ส่วนกลาง
- (1.2.2) หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด
- (1.2.3) ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)
- (1.2.4) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาที่ สปสช. ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ทาง (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่งคือ
- ช่องทางที่ 1 ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line
 - ช่องทางที่ 2 ส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ website ของ สปสช. ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม
- (1.2.5) ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวัน และส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันโดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยาได้ 2 ทาง คือ จากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาที่ติดตั้งในคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการ และจากทาง website ระบบยาของ สปสช.

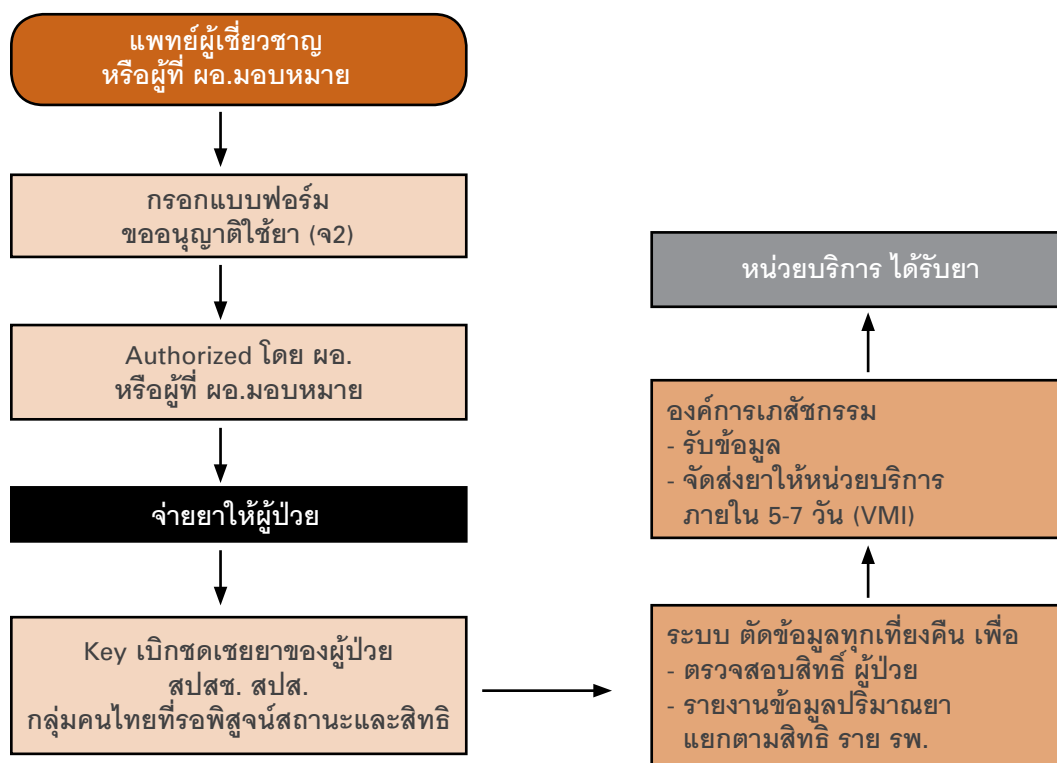
- (1.2.6) องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยา ภายใน 7 วันทำการ หลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช.
- (1.2.7) หน่วยบริการสามารถ download โปรแกรมเบิกชดเชยยา ยาบัญชี จ(2) และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้
- เข้าสู่ website : www.nhso.go.th
 - กดเลือก “บริการข้อมูล”
 - เลือกหัวข้อ “download/เอกสารบรรยาย
 - เลือกหัวข้อย่อย “download”
 - กดเลือก download “setup โปรแกรมเบิกยา ยาบัญชี จ(2) version 3.0” หรือคู่มือการใช้โปรแกรม
- (2) การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต สปสช. จัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยาชดเชยสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ ได้แก่ ยา Immunoglobulin G (IVIG) สำหรับผู้ป่วยโรค Primary Immunodeficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immunoglobulin G (IVIG) ตลอดชีวิต และยา Leuprorelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้
- (2.1) เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นที่สามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็น

กรณีพิเศษ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชัดเจนและเป็นกรณีพิเศษ ตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้นส่งมายัง สปสช. เขต (2.2) สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชัดเจนดังกล่าวดังกล่าว อนึ่ง การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้ หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

6.7) ในปีงบประมาณ 2556 สปสช.และสำนักงานประกันสังคม มีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกันเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการอันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุด ดังนั้น สปสช.และสำนักงานประกันสังคมจึงใช้ระบบการเบิกจ่ายยา บัญชี จ(2) ร่วมกัน

6.8) เนื่องจากทางกระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือสั่งการ ที่ สธ.0209.02/1/ว.140 ลงวันที่ 1 มิ.ย. 2554 เรื่อง การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิปี 2554 กรณีผู้ป่วยโรคไตวาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยไข้ยา จ(2) กำหนดให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาเช่นเดียวกับคนไทย โดยใช้ยาและทรัพยากรที่ สปสช. จัดไว้และใช้แนวทางส่งเบิกตามที่ สปสช. กำหนดโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะตามจ่ายชดเชยให้กับ สปสช. ภายหลัง ดังนั้นหน่วยบริการจึงสามารถเบิกชดเชยยาบัญชี จ(2) ได้จากระบบการเบิกชดเชยยาบัญชี จ(2) เช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ตามแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 แนวทางบริหารจัดการยาบัญชี (จ2) ร่วมกันระหว่างสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม



7) ยา Clopidogrel

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงยาจำเป็น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมา สปสช.ได้ดำเนินการสนับสนุนยา Clopidogrel ตามที่มีการประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยรัฐ ให้แก่หน่วยบริการภายใต้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีการบริหารจัดการดังนี้

7.1) เงื่อนไขการรับบริการ

- (1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจกับ สปสช.

(2) แพทย์ผู้ทำการรักษาสั่งจ่ายยาได้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ

(2.1) ใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้หรือแพ้ Aspirin

(2.2) ให้ระยะสั้นในการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Stent)

(2.3) ใช้ในกรณีที่ใช้ Aspirin แล้วยังมี Recurrent thrombotic events

(2.4) ใช้ในกรณีพิเศษ เช่น Atrial fibrillation หรือ Antiphospholipid syndrome ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องใช้หรือไม่สามารถใช้ Anticoagulant ได้

(2.5) ใช้กับผู้ป่วยที่มี Multiple thrombotic risk factors ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ในระยะสั้น

(2.6) การใช้ Clopidogrel และ Ticlopidine ร่วมกับ Aspirin นอกเหนือจากกรณีที่ 2 ไม่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลแต่เพิ่มผลข้างเคียงของภาวะเลือดออก

7.2) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ เป็นหน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจ กับ สปสช.

7.3) ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

(1) หน่วยบริการสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มการเข้าถึงยา Clopidogrel ผ่าน สปสช.เขต โดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มขอสำรองยา Clopidogrel และแบบฟอร์มขอ Username/Password ส่งให้ สปสช.เขต (ขอแบบฟอร์มดังกล่าวได้จาก สปสช.เขต) เมื่อ สปสช.เขต ตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆ แล้วถ้าถูกต้อง จะส่ง Username/Password ในการเบิกยา Clopidogrel ให้หน่วยบริการเพื่อใช้ในการเบิกชดเชยยา

(2) เพื่อให้การบริหารจัดการยาของหน่วยบริการมีความคล่องตัว สปสช. จะจัดส่งยาให้แก่หน่วยบริการสำรองยาในเบื้องต้น 3 เดือนโดยพิจารณาจากอัตราการใช้ยาต่อเดือนการจ่ายชดเชยและการสำรองยามีวิธีปฏิบัติดังนี้

- (3) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา (ยา Clopidogrel โดยหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกยา Clopidogrel ได้ทุกวัน
- (4) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาที่ สปสช. (สามารถส่งข้อมูลได้ทุกวัน) ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ช่องทาง (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง) คือ
- ช่องทางที่ 1 ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line
 - ช่องทางที่ 2 ส่งเพิ่มข้อมูลขอชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนด และส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ website ของ สปสช. ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม
- (5) ระบบจะตัดยอดข้อมูลที่สะสมไว้ที่ส่วนกลางเพื่อส่งระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกเที่ยงคืน
- (6) องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยาชดเชยยา ภายใน 7 วันทำการหลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช. แล้ว (นับจากวันที่ระบบตัดยอดข้อมูลส่งองค์การเภสัชกรรม)
- (7) หน่วยบริการสามารถ download โปรแกรมเบิกชดเชยยา (Clopidogrel) และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้
- เข้าสู่ website : www.nhso.go.th
 - กดเลือก “บริการข้อมูล”
 - เลือกหัวข้อ “download/เอกสารบรรยาย
 - เลือกหัวข้อย่อย “download”
 - กดเลือก download “โปรแกรมเบิกยา Clopidogrel” หรือ คู่มือการใช้โปรแกรม หรือ กดเลือก download “โปรแกรมเบิกยาบัญชี ๑2 version 3” ซึ่ง มีการบรรจุโปรแกรมการเบิกชดเชยยา clopidogrel รวมไว้ด้วยกันแล้ว

8) ยากำพรั้

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติในการประชุมครั้งที่ 4/2553 วันที่ 19 เมษายน 2553 เห็นชอบการเพิ่มการเข้าถึงยากำพรั้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยากำพรั้ทั้งระบบ โดยเริ่มต้นที่ยากำพรั้กลุ่มยาต้านพิษและได้เริ่มดำเนินการกระจายยา และติดตามประเมินผลโครงการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2553 เป็นต้นมา

เพื่อให้เกิดการสำรองยาที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษ หน่วยบริการมียาใช้ทันต่อความจำเป็น สปสช.จึงได้ดำเนินการจัดระบบการจัดหาและกระจายยาไปสำรองยังหน่วยบริการต่างๆ ให้กระจายอยู่ทั่วประเทศ และมอบองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหา ยาทั้งจากผู้ผลิตในประเทศและจากต่างประเทศ โดยการบริหารจัดการผ่านระบบ VMI และได้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมยากำพรั้ที่มีความจำเป็น และมีปัญหาการเข้าถึงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบริหารจัดการดังนี้

8.1) สิทธิประโยชน์ รายการยากำพรั้ กลุ่ม antidote ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ปี 2556 ให้ดำเนินการมีจำนวน 10 รายการ คือ

- (1) Dimercaprol inj, (BAL)
- (2) Sodium nitrite inj.
- (3) Sodium thiosulfate inj.
- (4) Methylene blue inj,
- (5) Glucagon inj.
- (6) Succimer cap. (DMSA)
- (7) Diptheria antitoxin
- (8) Botulinum antitoxin
- (9) Calcium disodium edetate
- (10) Digoxin specific antibody fragment

ยากำพรั้ในระบบที่ดำเนินการนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ สปสช. ให้สิทธิประโยชน์สนับสนุนยากำพรั้ดังกล่าวแก่หน่วยบริการเฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น สำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น สปสช. จะดำเนินการรวบรวมค่าใช้จ่ายเพื่อหักค่ายาทางบัญชีกับหน่วยบริการภายหลัง

8.2) เงื่อนไขการรับบริการ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากำพรั้วตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านพิษเป็นการเร่งด่วนฉุกเฉินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

8.3) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

- (1) เป็นหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช.จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงานของยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยาคงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์ของ สปสช. <http://drug.nhso.go.th/Antidotes/>
- (2) เป็นหน่วยบริการเอกชนที่รับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านพิษเป็นการเร่งด่วน ตามคำนิยามในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยบริการที่ต้องการเบิกยากรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุน ต้องดำเนินการตามแนวทางการเบิกชดเชยยากำพรั้วและยาจำเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุน รายละเอียดตามภาคผนวก 4.1

8.4) ระบบการเบิกยาให้ลงบันทึกข้อมูลเบิกยาในโปรแกรมบริหารจัดการยากำพรั้วของ สปสช. ให้หน่วยบริการทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา หากเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. จะดำเนินการรวบรวมค่ายาและค่าขนส่งที่เกิดขึ้นหักค่าใช้จ่ายทางบัญชีของหน่วยบริการต่อไป

8.5) หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับสารพิษ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับยากำพรั้วกลุ่มยาต้านพิษที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช. อาจพิจารณาโทรศัพท์หารือกับศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี/ศูนย์พิษวิทยาศิริราชเพื่อช่วยวินิจฉัย หรือแนะนำการใช้ยากำพรั้วโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านพิษอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยสามารถติดต่อได้ที่

- ศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาธิบดี โทร 1367
- ศูนย์พิษวิทยา รพ.ศิริราช โทร 02-4197007

8.6) กรณีหน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยา มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษ ให้หน่วยบริการนั้นติดต่อศูนย์พิษวิทยา หรือเข้าไปทำการสืบค้นข้อมูลการสำรองยาจากเว็บไซต์ของ สปสช. <http://drug.nhso.go.th/Antidotes/> เพื่อพิจารณาว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเบิกยาจากแหล่งใดก็ได้โดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นหน่วยบริการในเขตเดียวกันหรือไม่ เมื่อทราบว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใด ให้หน่วยบริการประสานไปยังผู้ประสานงานตามที่ระบุไว้บนเว็บไซต์ เพื่อนัดหมายการส่งยาต่อไปโดย สปสช.จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยทุกสิทธิในเบื้องต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.จะดำเนินการหักค่าใช้จ่ายทางบัญชีกับหน่วยบริการต่อไป โดยให้หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดส่งได้ตามจริง โดยแนบเอกสารใบสำคัญรับเงินหรือกรณีใช้รูดโรงพยาบาลจัดส่ง สามารถเบิกจ่ายได้ในอัตรา 4 บาท/กิโลเมตร หรือตามประกาศของ สปสช.

8.7) กรณีหน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยา มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษ ให้หน่วยบริการนั้นบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงใน Program ของ สปสช. และสามารถนำไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้น หากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงใน Program ของ สปสช.ตามจำนวนที่มี และประสานขอยาเพิ่มเติมได้ โดยประสานกับผู้รับผิดชอบงานยาของสปสช.เขตที่หน่วยบริการตั้งอยู่

8.8) หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยา และได้รับการประสานขอเบิกยาจากหน่วยบริการอื่นที่รับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ให้ดำเนินการจัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามา หรือนัดหมายให้หน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยามารับยาตามช่องทางที่เหมาะสมและรวดเร็ว และบันทึกข้อมูลการเบิกยาพร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้าของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยาและค่าขนส่งต่อไป

8.9) หลังจากทีหน่วยบริการให้บริการยาและกรอกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยาจากระบบแล้ว จะได้รับการติดต่อจากศูนย์พิษวิทยาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ ทั้งนี้ขอความร่วมมือหน่วยบริการให้ข้อมูลแก่ศูนย์พิษวิทยา เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากำพร้าระดับประเทศต่อไป

8.10) กรณีมีการใช้ยา Diphtheria antitoxin หรือ Botulinum antitoxin ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการบริการจัดการยา Diphtheria antitoxin และ Botulinum antitoxin รายละเอียดตามภาคผนวก 4.2

8.11) หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยา แต่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดพิษสามารถสมัครเข้าเป็นหน่วยสำรองยาเพิ่มเติมได้ โดยกรอกแบบฟอร์มรายละเอียด ดังภาคผนวก 4.3 ส่งไปที่ สปสช.เขตที่หน่วยบริการสังกัดอยู่ เพื่อดำเนินการเพิ่มแหล่งสำรองยาต่อไป

8.12) กรณียาที่สำรองที่หน่วยสำรองยาหมดอายุ ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการบริหารจัดการยากำพร้าและยาขาดแคลนกรณียาหมดอายุ รายละเอียดตามภาคผนวก 4.3

หมายเหตุ: ยาทุกรายการที่ทางสปสช. จัดหาและกระจายยาไปให้หน่วยบริการนั้น หน่วยบริการต้องเก็บรักษาและจ่ายให้กับผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม (สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้) และแจ้งเปลี่ยนหรือคืนยาก่อนยาหมดอายุ 6 เดือน โดยแจ้งผ่านผู้ประสานงาน สปสช.เขต

ทั้งนี้หน่วยบริการต้องรับผิดชอบต่อค่ายาหรือจัดหาทดแทนในกรณีที่ยาสูญหายหรือเสื่อมสภาพ อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของหน่วยบริการทาง สปสช.จะจ่ายยาทดแทนให้ในกรณีที่ยาสูญหายหรือเสื่อมสภาพจากกรณีภัยธรรมชาติหรือเหตุสุดวิสัยเท่านั้น

4.2 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

ค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกพื้นที่จังหวัดที่ลงทะเบียน ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เข้ารับบริการครั้งแรก และการบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ หรือกรณีเด็กแรกเกิดทุกราย

1. การอบการบริหารจัดการ

1.1 บริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

1.2 จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ/สถานบริการอื่น ตามผลงานการให้บริการ เมื่อหน่วยบริการ/สถานบริการอื่นมีการส่งข้อมูลให้ สปสช. ตามที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพการบริหารกองทุน อาจให้มีการจ่ายเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการได้ตามความจำเป็น

1.3 สปสช. จะมีการกันเงินไว้สำหรับการอุทธรณ์และข้อมูลล่าช้าไม่เกินร้อยละ 3 ส่วนที่เหลือจะนำมาแบ่งเป็น 12 งวดเพื่อกำหนดวงเงินบริหารรายเดือน โดยแต่ละเดือนจะไม่เท่ากันขึ้นกับผลงานในอดีตและแนวโน้มข้อมูลในแต่ละงวด เพื่อให้อัตราจ่ายชดเชยในแต่ละเดือนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายโดยเร็ว อาจมีการกำหนดอัตราจ่ายคงที่ให้หน่วยบริการ/สถานบริการอื่นไปก่อน และสำหรับกรณีกันงบประมาณสำหรับข้อมูลอุทธรณ์และส่งช้า สามารถใช้กับผลงานในปีที่ผ่านมาได้

2. แนวทางการสนับสนุนงบประมาณ มีเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.1 การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

2.1.1 เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยการวินิจฉัยว่าอาการแรงแบบฉุกเฉินหรือไม่ ให้พิจารณาตามโรคหรืออาการที่มีข้อบ่งชี้ประกอบด้วย โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเองและผู้อื่น โรคหรืออาการของโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเป็นการเร่งด่วน การผ่าตัดด่วนหากปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายแก่ชีวิต โรคหรือลักษณะอาการของโรคตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยต้องพิจารณาสัญญาณชีพ อันได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อาการของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษา ความเร่งด่วน รวมทั้งคำนึงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการป่วยด้วย ทั้งนี้จะไม่เน้นรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า รายละเอียดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2.1.2 ในกรณีที่เป็นการเข้ารับบริการของคนพิการ ทหารผ่านศึก สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐได้ โดยการวินิจฉัยอาการแรงแบบฉุกเฉิน สามารถรับค่าใช้จ่ายได้

2.1.3 วิธีการจ่ายเงิน จ่ายตามระบบ Point system with global budget โดยอัตราจ่ายไม่เกิน 1 บาทต่อ Point และ สปสช. จะคำนวณอัตราจ่ายเงินให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน

2.2 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่าง

2.2.1 เป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยอาการแรกรับอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้เป็นผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น โดยมีหลักฐานการขอ Claim code รายละเอียดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2.2.2 วิธีการจ่ายเงินสดเชย

1) กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system with global budget อัตราจ่ายไม่เกิน 1 บาทต่อ Point โดย สปสช. จะคำนวณอัตราจ่ายเงินให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน

2) กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายภายใต้วงเงินที่มีอยู่ (DRG with global budget) โดย สปสช.จะคำนวณอัตราจ่ายเงินให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็ว สปสช.อาจมีการพิจารณาจ่ายเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานที่คาดการณ์ได้จากข้อมูลในอดีต

2.3 กรณีเด็กแรกเกิด

2.3.1 เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดทุกรายที่นับรวมเด็กแรกเกิดปกติและเด็กแรกเกิดที่ป่วย ซึ่งหน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้เป็นผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น โดยมีหลักฐานการขอ Claim code ทั้งนี้ ในกรณีที่เด็กแรกเกิดมีผลการตรวจสอบสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำแล้ว แต่จำเป็นต้องส่งตัวไปยังหน่วยบริการแห่งอื่นต่อ หน่วยบริการที่รับส่งต่อสามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนกลางกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้จนสิ้นสุดการรักษาในครั้งนั้น โดยพิจารณาจากเลข Claim code ของการให้บริการครั้งแรก

นอกจากนี้ในกรณีที่เด็กแรกเกิดคลอดที่สถานบริการเอกชนตามแม่ที่มีสิทธิประกันสังคม หากเกิดความเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากสถานบริการอื่นสามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเช่นเดียวกับการให้บริการตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้

2.3.2 วิธีการจ่ายเงิน เช่นเดียวกับกรณีสิทธิว่าง

2.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

2.4.1 เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ประกอบด้วย รถยนต์ เรือ และอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ที่เคลื่อนย้ายหรือการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่หน่วยบริการประจำในกรณีดูแลรักษาต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการส่งต่อไปตรวจพิเศษระหว่างนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน

2.4.2 วิธีการจ่ายเงิน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง ดังนี้

1) ค่ารถ ระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร เบิกจ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท ระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตรจ่ายชดเชยเริ่มต้นครั้งละ 500 บาทและได้รับการชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาทในระยะทางทั้งไปและกลับ

2) ค่าเรือ ตามประเภทของเรือและระยะทางอัตราสูงสุดไม่เกิน 35,000 บาท รายละเอียดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2556

3) ค่าอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) จ่ายตามระยะทางและระยะเวลาในการบิน 40,000 บาท สูงสุดไม่เกิน 60,000 บาท ทั้งนี้อาจมีการจ่ายเงินให้แก่หน่วยงาน/หน่วยบริการซึ่งมีเฮลิคอปเตอร์ ตามที่ได้มีการตกลงร่วมกับ สปสช. ไว้

2.5 กรณีศูนย์ประสานการส่งต่อ (สำรองเตียง) สำหรับสิทธิว่าง

2.5.1 เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานบริการสำรองเตียง ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิว่าง ซึ่งหน่วยบริการในระบบไม่สามารถให้บริการได้เช่น การผ่าตัดต้อกระจก การใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นต้น ทั้งนี้วิธีการดำเนินการประสานงานและวิธีการเบิกจ่ายเงิน รายละเอียดให้ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2.5.2 วิธีการจ่ายเงินจ่ายเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราคงที่ตามสัญญาการให้บริการไม่เกิน 15,000 บาทต่อ 1 AdjRW และ สปสช.จะคำนวณอัตราจ่ายให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน

2.6 กรณีการให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม

2.6.1 เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิ จากกองทุนประกันสังคม ประกอบด้วย กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการรักษาเจ็บป่วย และกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน เข้ารับบริการคลอดบุตร

2.6.2 วิธีการจ่ายเงิน

1) กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system with global budget อัตราจ่ายไม่เกิน 1 บาท ต่อ Point โดย สปสช. จะคำนวณอัตราจ่ายให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน

2) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายภายใต้วงเงินที่มีอยู่ (DRGs with Global Budget) โดย สปสช. จะคำนวณอัตราจ่ายให้หน่วยบริการเป็นรายเดือน

3. วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในโปรแกรม E-Claim ของ สปสช. ภายใน 30 วันหลังให้บริการหรือหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ยกเว้นหน่วยบริการสังกัดโรงเรียนแพทย์ ให้บันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ในโปรแกรม NHSO) ซึ่งหลังจากนั้น สปสช. จะตัดข้อมูลตามรอบที่กำหนด พร้อมทั้งพิจารณาตรวจสอบออกรายงานการโอนเงินให้หน่วยบริการ และตรวจสอบรายละเอียดการโอนเงินได้ทาง www.nhso.go.th/acc

4.3 การบริหารจัดการกรณีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ

4.3.1 การบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมเป็นโรคที่พบบ่อย และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก แม้ว่าจะมีการนำเอาแนวทางการรักษาโรคหืดมาใช้หลายปี แต่ผลการสำรวจกลับพบว่าการควบคุมโรคหืดในประเทศไทยยังต่ำกว่าที่ตั้งมาตรฐานเอาไว้เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนปกติเพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ สาเหตุสำคัญเพราะผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาได้แนะนำไว้ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษามีเพียง 6.7% เช่นเดียวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เกิดจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องและอักเสบเรื้อรังจนทำให้เกิดการ

อุดกันของหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจะมีอาการหอบเหนื่อย อาจหายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน เข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ เกิดภาวะทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง และเนื่องจากอาการของโรคที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง จึงมีการสนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการดูแลรักษาและวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่มีอาการและการใช้ยาในกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยโรคหืด ให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาได้รับการรักษาด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันได้

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
- 2.2 หน่วยบริการมีรูปแบบบริการเพื่อสร้างกลไกการเข้าถึงการดูแล รักษาตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข

3. กรอบการบริหารจัดการ

สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่

- 3.1 ให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด ตามเงื่อนไขที่กำหนด
- 3.2 ให้บริการผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามเงื่อนไขที่กำหนด

4. แนวทางสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 การให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด

1) ชดเชยการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ จำนวน 1,000 บาทต่อราย สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อมูลการให้บริการในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนมิถุนายน 2556 ตาม standard data set ที่สปสช. กำหนด ตามเงื่อนไข ดังนี้

- (1) มีข้อมูลการเข้ารับการรักษาต่อเนืองอย่างน้อย 2 ครั้ง และ
- (2) ได้รับการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ หรือยาสูดที่มีส่วนผสม สเตียรอยด์ ทุกครั้งที่มาใช้บริการ (รวมถึงครั้งที่แพทย์สั่งการรักษาแต่ไม่ได้จ่ายยาเพิ่มเพราะมียาเหลืออยู่พอ) และ
- (3) มีข้อมูลการตรวจประเมินสมรรถภาพปอดทุกครั้งที่มาใช้บริการ และ
- (4) ได้รับการสอนและประเมินการใช้ยาสูดอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี

2) ชดเชยตามผลลัพธ์การให้บริการจำนวนไม่เกิน 2,000 บาทต่อราย ที่ได้รับการชดเชยการรักษา ด้วยยาสูดสเตียรอยด์ สำหรับหน่วยบริการที่

(1) มีข้อมูลผู้ป่วยซึ่งได้รับการชดเชยการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ ในปีงบประมาณ 2555 และ

(2) มีอัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยตามข้อ 1) ในช่วงเดือนตุลาคม 2555-มีนาคม 2556 (จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในของสปสช.) น้อยกว่าร้อยละ 8

อัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาล = (จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการชดเชยการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ที่รับเข้านอนโรงพยาบาลในช่วงเดือนตุลาคม 2555 - เดือนมีนาคม 2556)หารด้วย (จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการชดเชยการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ทั้งหมด) คูณด้วย 100

4.2 การให้บริการผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ข้อมูลบริการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนมิถุนายน 2556

4.2.1 ชดเชยการจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 100 บาทต่อครั้ง สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อมูลการให้บริการครอบคลุมตาม Standard data set ที่สปสช. กำหนด โดยแต่ละ visit ต้องประกอบด้วย การประเมิน BMI อาการกำเริบของโรค อาการไอ ลักษณะเสมหะ อาการเหนื่อย สถานการณ์สูบบุหรี่ และบริการเพื่อเลิกบุหรี่ ตามแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ 5A: Ask, Advise, Assessment, Assist, Arrange

4.2.2 ชดเชยการรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว จำนวน 1,000 บาทต่อรายสำหรับหน่วยบริการที่มีข้อมูลการให้บริการตาม Standard data set ที่สปสช.กำหนด เฉพาะราย ที่ได้รับบริการตามข้อ 4.2.1 ทุกครั้ง ร่วมกับ

- 1) มีข้อมูลการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง และ
- 2) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว หรือยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับยาสูด สเตียรอยด์ (แบบเดี่ยวหรือแบบผสม) ทุกครั้งที่มารับบริการ (รวมถึงครั้งที่แพทย์สั่งการรักษาแต่ไม่ได้จ่ายยาเพิ่มเพราะมียาเหลืออยู่พอ) และ
- 3) ได้รับการสอนและประเมินการใช้ยาสูดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และ
- 4) ได้รับการตรวจประเมิน COPD Assessment Test (CAT) อย่างน้อย 1 ครั้ง

4.2.3 ชดเชยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จำนวน 1,000 บาทต่อราย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบริการ

- 1) ได้รับการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าโปรแกรมฟื้นฟู และ
- 2) ให้ความรู้ (patient education) เรื่องโรคการปฏิบัติตัวเพื่อหยุดสูบบุหรี่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ เรื่องยาและวิธีการใช้ยา และ
- 3) ให้บริการฝึกหายใจ (breathing exercise) เช่น การควบคุมการหายใจแบบ Pursed-lip และ

4) ให้บริการฝึกออกกำลังกาย (exercise training : strength training, endurance training) ที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้ง strength และ endurance ยกตัวอย่างเช่น โยเก็ก ยางยืด บันจายาน วิ่งลู่วิ่ง ดัมเบลล์ และ

5) มีผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (outcome assessment) หลังจากเข้าโปรแกรมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ แล้วมีผลการประเมิน 6MWD, MMRC, CAT ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างน้อย 2 ผลการประเมิน

4.3 ขั้นตอน วิธีการส่งข้อมูลเพื่อประกอบการรับงบชดเชย เป็นไปตามแนวทางการจัดเก็บและส่งข้อมูลที่ สปสช.กำหนด

5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สปสช.

- 5.1.1 กำหนดกรอบแนวทางการบริหารจัดการในภาพรวม
- 5.1.2 ประสาน ทำความเข้าใจสนับสนุนสปสช.เขต ในการบริหารจัดการ
- 5.1.3 ให้ข้อมูลแหล่งเรียนรู้ฟื้นฟูการให้บริการตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข
- 5.1.4 รับข้อมูล ตรวจสอบ ออกรายงาน และเสนอขออนุมัติจัดสรรงบประมาณ
- 5.1.5 กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานในระดับประเทศ

5.2 สปสช.เขต

- 5.2.1 ประชาสัมพันธ์ประสานทำความเข้าใจสนับสนุนหน่วยบริการในระดับพื้นที่
- 5.2.2 ประสานให้ข้อมูลแหล่งเรียนรู้ ฟื้นฟูการให้บริการตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข
- 5.2.3 กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยบริการในระดับเขต

5.3 หน่วยบริการ

5.3.1 จัดให้มีบริการผู้ป่วยนอกโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโดยสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยอาจเชื่อมโยงสู่บริการปฐมภูมิและชุมชน

5.3.2 สนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เข้ารับการอบรม พื้นฟูทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามความเหมาะสม

5.3.3 สนับสนุนการจัดทำข้อมูลการให้บริการตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข (standard data set) โดยพัฒนาต่อยอดจากระบบเดิม หรือใช้โปรแกรมสำเร็จ เพื่อความสะดวกในการติดตาม วางแผน ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และการจัดทำรายงานโดยศึกษาทำความเข้าใจรูปแบบข้อมูลและรายงาน ที่จะใช้ประกอบการพิจารณารับขดเซย

5.3.4 บันทึก และตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล เพื่อส่งสปลสข. ตามเงื่อนไข และระยะเวลาที่กำหนด

6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 จำนวนหน่วยบริการที่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข

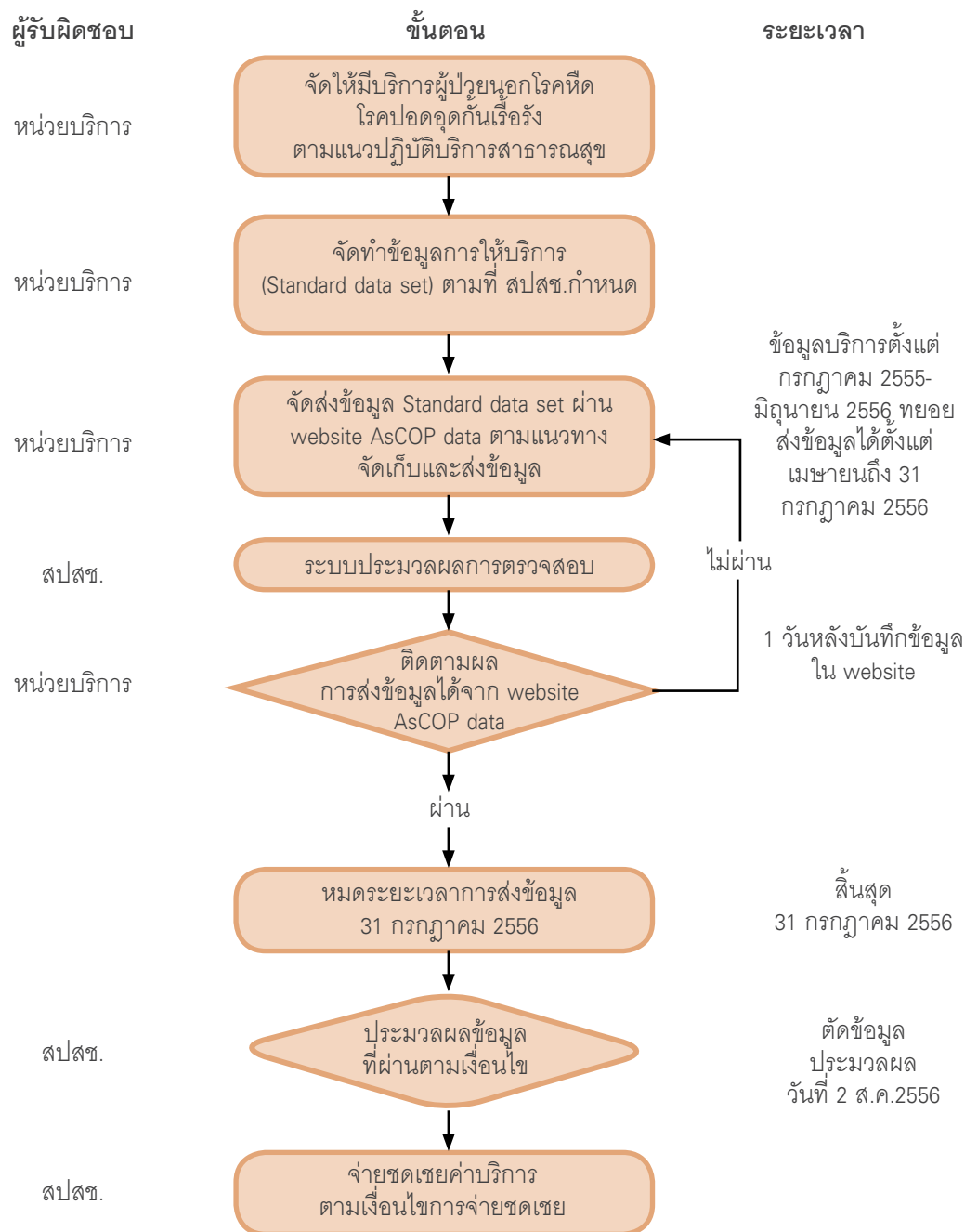
6.2 อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืด

6.3 อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมออกฤทธิ์ยาว และ/หรือ ร่วมกับยาสูดสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.4 อัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข

6.5 อัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินงานสนับสนุนการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



4.3.2 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เนื่องจากในระยะหลังมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นมาก และพบเชื้อวัณโรคดื้อยามากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ครบถ้วน ตลอดระยะเวลาตามแผนการรักษาในปีงบประมาณ 2556 การบริหารจัดการวัณโรคจะครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. ค่ายารักษาวัณโรค สนับสนุนเป็นยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาตามแนวทางการรักษา

2. สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรค สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาวัณโรคอย่างมีคุณภาพและกำกับการรับประทานยาให้ตรงเวลา เช่น การตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อวัณโรค การตรวจหาความไวของเชื้อต่อยา การถ่ายภาพรังสีปอด สนับสนุนกิจกรรมการกินยา (DOT) เป็นต้น

3. การติดตามการรักษาและกำกับการกินยา สนับสนุนกิจกรรมใดๆที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมาย เช่น กิจกรรมติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมกำกับการกินยา กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

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

รายละเอียดการบริหารจัดการตามคู่มือการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารผู้ป่วยวัณโรคปีงบประมาณ 2556

4.3.3 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ในเด็กและผู้ใหญ่เฉพาะผู้ป่วยรายใหม่

1. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมีความซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัย กระบวนการรักษาต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงรวมทั้งค่าเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านค่ารักษาพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) รายใหม่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. กรอบการบริหารจัดการ

3.1 จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการ ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2 หน่วยบริการเป้าหมาย คือหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนดและเข้าร่วมโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ในปีงบประมาณ 2556

4. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 ผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

4.1.1 เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

4.1.3 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมาก่อน โดยมีกำหนดระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ 1 ปี นับจากวันแรกที่ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

4.1.4 คุณสมบัติอื่นๆ ที่คณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอทางเลือกและรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานตามนโยบายแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง กำหนดเพิ่มเติม

4.2 หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางระดับตติยภูมิ โรคมะเร็งโลหิตวิทยา หรือคุณสมบัติอื่นตามที่ สปสช.กำหนด

4.3 การจ่ายชดเชยบริการ

4.3.1 กรณี Acute Leukemia

จ่ายชดเชยตาม Protocol การรักษา โดยกำหนดให้หน่วยบริการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1 ปี นับจากวันแรกที่ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งนี้ ถึงแม้จะให้การรักษาผู้ป่วยครบ ตาม Protocol แล้วก่อนระยะเวลา 1 ปีก็ตาม หน่วยบริการยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอยู่ เช่น ค่าใช้จ่ายในช่วงติดตาม Follow up ผู้ป่วยหลังจบ Protocol แล้ว หรือการตามจ่าย กรณีผู้ป่วยมี Complication หรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง (Cancer Related Symptom) แล้วไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น เป็นต้น เนื่องจากได้รวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวอยู่ในค่าใช้จ่ายตาม Protocol ที่ได้จ่ายให้หน่วยบริการล่วงหน้าไปแล้ว

1) อัตราการจ่ายค่าชดเชย

รายการ	อัตราจ่าย(บาท/คน)
Acute Leukemia ในผู้ใหญ่	
- AML (Induction + Consolidation)	804,600
- APL	605,200
- ALL	609,700
Acute Leukemia ในเด็ก	
- ALL- Low risk	341,400
- ALL- High risk	372,800
- AML	288,700
- APL	288,700

หมายเหตุ

- อัตราการจ่ายค่าชดเชยดังกล่าว ได้รวมค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยโรคแล้ว
- รายละเอียด Protocol Acute Leukemia อ้างอิงตามคู่มือแนวทางบริหารจัดการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549-2550 และแนวเวชปฏิบัติเพื่อจัดบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
- Protocol AML ผู้ใหญ่ อ้างอิงตาม Protocol A-AML-01 และ A-AML-03 เดิม

2) แนวทางการจ่ายค่าชดเชย

แบ่งจ่าย จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 จ่าย 25% ของจำนวนเงินรวม Protocol หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยครั้งแรก และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายครบถ้วน
- ครั้งที่ 2 จ่าย 25% ของจำนวนเงินรวม Protocol หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยครั้งที่ 2 และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายครบถ้วน
- ครั้งที่ 3 จ่าย 25% ของจำนวนเงินรวม Protocol หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยครั้งที่ 3 และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายครบถ้วน
- ครั้งที่ 4 จ่าย 25% ของจำนวนเงินรวม Protocol หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยครั้งที่ 4 และ บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายครบถ้วน

3) มีเงื่อนไขสำหรับเฉพาะกรณี ดังนี้

3.1) กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตาม Protocol ก่อนการ Admit ครั้งที่ 4 ให้หน่วยบริการอุทธรณ์พร้อมส่งหลักฐานการรักษามายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอรับค่าชดเชยให้ครบตามที่ Protocol กำหนด

3.2) กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือ Off Protocol ขณะให้การรักษาในการ Admit ครั้งใด กำหนดให้จ่ายค่าชดเชยถึงงวดการจ่ายใน Admission ครั้งนั้นและให้หน่วยบริการแจ้งยกเลิกการลงทะเบียนมายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังจากทราบข้อมูลดังกล่าว

3.3) กรณีตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยรายใดไม่มีคุณสมบัติตรงตามที่ สปสช. กำหนด เช่น ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมาก่อน ด้วยวิธีการใดๆ ก็ตามถือว่าผู้ป่วยรายนั้นไม่สามารถเบิกจ่ายตาม Protocol ได้ ทั้งนี้ให้เบิกจ่ายค่าชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

4.3.2 กรณี Chronic Leukemia และ Lymphoma

1) IP จ่ายชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ โดย

- 1.1) Fix Rate 1 Adj.RW = 8,000 บาท ไม่หักเงินเดือน (ในเขต)
- 1.2) Fix Rate 1 Adj.RW = 9,600 บาท ไม่หักเงินเดือน (นอกเขต)

2) OP

- 2.1) กรณีที่ยังไม่มีการประกาศกำหนดการรักษาตาม Protocol จ่ายตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท/visit (เคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา)
- 2.2) กรณีตาม Protocol จ่ายตามการรักษาที่กำหนดไว้ใน Protocol

3) การจ่ายชดเชย ตาม Protocol OP สำหรับ Newly Diagnosed Lymphoma ในผู้ใหญ่ ให้ใช้อัตราจ่ายดังนี้

3.1) Lymphoma ชนิด Diffuse large B-cell Lymphoma หรือ Peripheral T-cell lymphoma สูตร CHOP = 2,875 บาท/cycle

3.2) Lymphoma ชนิด Follicular lymphoma สูตร CVP = 1,455 บาท/cycle

ทั้ง 2 กรณีข้างต้นค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา/ ค่าอุปกรณ์/ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา (ไม่รวมค่าตรวจ Lab) ที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชย หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก

4.4 การสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ

4.4.1 กรณี Acute Leukemia

1) เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการครบ 1 ปี นับจากวันที่ลงทะเบียน (Register) หรือเสียชีวิต หรือไม่สามารถดำเนินการรักษาตาม Protocol ที่กำหนดไว้ต่อไปได้

2) เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนหน่วยบริการในการรักษา

3) เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิอื่น (สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ)

4) เมื่อผู้ป่วยไม่มีคุณสมบัติตรงตามที่ สปสช.กำหนดในการเข้าร่วมโครงการฯ

4.4.2 กรณี Chronic Leukemia และ Lymphoma

1) เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการครบ 1 ปี นับจากวันที่ลงทะเบียน (Register) เข้าร่วมโครงการหรือเสียชีวิต หรือไม่สามารถดำเนินการรักษาตาม Protocol ที่กำหนดไว้ต่อไปได้

2) เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิอื่น (สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ)

3) เมื่อผู้ป่วยไม่มีคุณสมบัติตรงตามที่ สปสช.กำหนดในการเข้าร่วมโครงการฯ

ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนด ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลให้ สปสช.ทราบเพื่อนำผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ต่อไป

4.5 การรับส่งต่อผู้ป่วย

4.5.1 กรณี Acute Leukemia

1) หน่วยบริการที่ให้การรักษามือป่วย ต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการต้นสังกัดของมือป่วยรับทราบว่าได้รับมือป่วยเข้ารับการรักษ เมื่อรับมือป่วยเข้ารับการรักษารายแรก และแจ้งเมื่อมีการ Off Protocol หรือมือป่วยเสียชีวิต

2) เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ณ หน่วยบริการแห่งใดแล้ว จะต้องได้รับการรักษาตามแผนการรักษา (Protocol) ที่กำหนดไว้ กับหน่วยบริการแห่งนั้น ตลอดจนจบตามแผนการรักษา (ไม่สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการหรือแผนการรักษาได้ หากเปลี่ยนหน่วยบริการหรือแผนการรักษาจะต้องออกจากโครงการ)

3) กรณีผู้ป่วยที่มี Complication หรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง (Cancer Related Symptom) แล้วไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ให้หน่วยบริการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ตามจ่ายสถานพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วย แบบ Fee for service (รวมค่ารถรับส่งต่อผู้ป่วย) สำหรับค่าใช้จ่ายในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้รักษา ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราที่กำหนด คือ กรณีผู้ป่วยนอกไม่เกิน 14,000 บาทต่อครั้ง และกรณีผู้ป่วยในไม่เกิน 14,000 บาทต่อวัน โดยสถานพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องแจ้งให้หน่วยบริการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้รักษา และจะต้องส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับการรักษายังหน่วยบริการในโครงการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ภายใน 72 ชั่วโมง สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยภายหลังจาก 72 ชั่วโมง สถานพยาบาลที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่สามารถเรียกเก็บจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ หรือจากผู้ป่วย

รายการภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาโรคมะเร็ง (Cancer and treatment related conditions) ที่หน่วยบริการซึ่งเป็นผู้ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ ต้องตามจ่ายกรณีผู้ป่วยในโครงการไปรับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลอื่น ได้แก่

No.	Diagnosis ที่เกี่ยวข้อง	รหัส ICD-10	รหัส ICD-9 CM
1	Severe mucositis	รหัสใดรหัสหนึ่งต่อไปนี้ K123 or K928 or J348 or N768 + Y433 or Y431	-
2	Superior vena cava obstruction (SVC)	I871	-
3	Spinal cord compression	G952	-
4	Tumor lysis syndrome	E883	-
5	Hyperleukocytosis	D728	-
6	Febrile neutropenia	D70 + R508	-
7	Bleeding diathesis	D695+Y433 or Y431	-
8	Anemia (+ Blood transfusion) การให้รหัส ICD-10 ในหัวข้อนี้ ต้องกำหนดรหัส ICD-9CM ที่กำหนดร่วมด้วยอย่างน้อย 1 รหัส		
	- Other acquired pure red cell aplasias	D608	9901 or
	- Anemia in neoplastic disease	D630	9903 or
	- Anemia , unspecified	D649	9904 or
	- Drug – induced aplastic anemia	D611+ Y431 or Y433	9905 or 9906
9	Intractable pain	R529	-
10	Alteration of conscious and convulsion	รหัสใดรหัสหนึ่งต่อไปนี้ R418 or R568 or R410	-
11	AML	รหัสใดรหัสหนึ่งต่อไปนี้ C920 or C924 or C925 or C926 or C927 or C928 or C929 or C930 or C940 or C942 or C945 or C950	-
12	APL	C924	-
13	ALL	รหัสใดรหัสหนึ่งต่อไปนี้ C835 or C837 or C910 or C913 or C914 or C915 or C917 or C918 or C919	-

4.5.2 กรณี Chronic Leukemia และ Lymphoma

อ้างอิงตามแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. บทบาทหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สปสช.

5.1.1 จัดทำแผนสนับสนุนการบริการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ สปสช.เขต

5.1.2 จัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.3 ประสานกับ สปสช.เขต เพื่อประชาสัมพันธ์ และประสานงานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการเข้าร่วมดำเนินการ

5.1.4 จัดทำโปรแกรม/ปรับปรุงโปรแกรมในการลงข้อมูลผู้ป่วย

5.1.5 ชี้แจง และทำความเข้าใจกับ สปสช.เขต หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ในการใช้โปรแกรม ในกรณีมีการปรับปรุงโปรแกรม

5.1.6 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.7 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการในภาพรวม

5.1.8 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอในการสนับสนุนการบริการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีต่อไป

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 ประสานกับหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการในการเข้าร่วมให้บริการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2.2 ดำเนินการตรวจประเมินศักยภาพหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ ที่สามารถให้บริการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางระดับตติยภูมิ โรคมะเร็งโลหิตวิทยา หรือคุณสมบัติอื่นตามที่ สปสช.กำหนด

5.2.3 ชี้แจง และทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรม

5.2.4 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ ในระดับเขต

5.2.5 รวบรวมข้อมูล ปัญหาและข้อเสนอแนะต่างๆ จากหน่วยบริการ สปสช. เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานต่อไป

5.3 หน่วยบริการ/เครือข่ายบริการ

5.3.1 แจ้งความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia & Lymphoma) กับ สปสช.เขต

5.3.2 ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Leukemia & Lymphoma) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ สปสช. กำหนด

5.3.3 บันทึกข้อมูลในระบบ เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

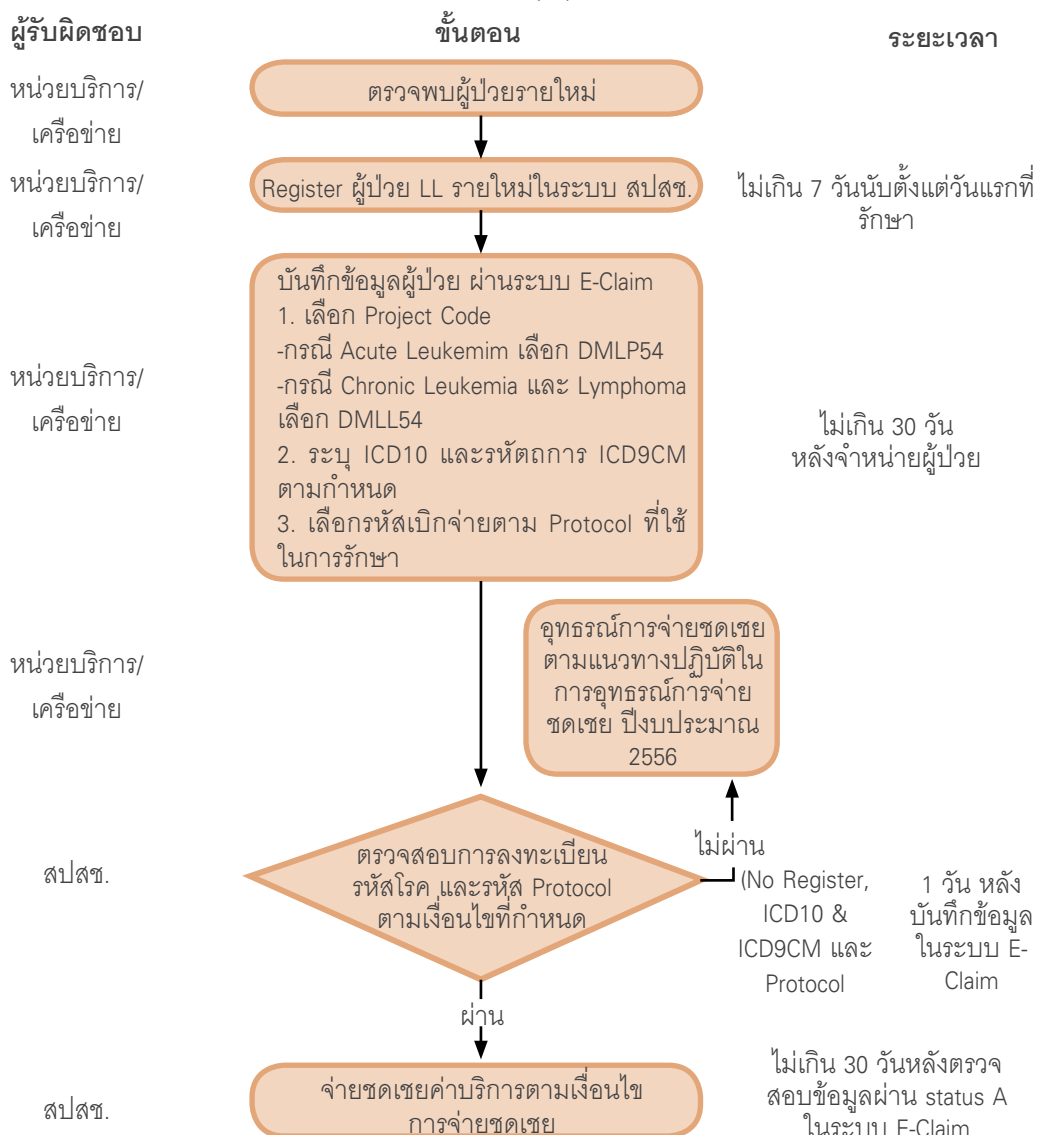
6. การติดตามควบคุมกำกับ

- 6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ ที่ สปสช. กำหนด
- 6.2 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ
- 6.3 วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามข้อมูลที่ได้รับ
- 6.4 ใช้วิธีการ Post Audit

7. ผังการโอนเงินจาก สปสช.ถึงหน่วยบริการ

ขั้นตอนการดำเนินงานสนับสนุนการบริหารจัดการโครงการมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

(Leukemia & Lymphoma)



4.3.4 การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

1. หลักการและเหตุผล

โรคต้อกระจกเป็นโรคที่มีความสำคัญที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากและเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะตาบอดในอัตราสูงที่สุด จากผลการสำรวจปี 2549-2550³ พบความชุกของต้อกระจกโดยเฉลี่ย 9.22% โดยพบว่าจากผู้ที่เป็นต้อกระจกทั้งหมด มีผู้ที่มีการมองเห็นอยู่ในระดับตาบอดในตาข้างใดข้างหนึ่ง (มองเห็นน้อยกว่า 10/200) 5.55% และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกและมีการมองเห็นน้อยกว่าระดับ 20/100 เป็นจำนวน 12.84% ของต้อกระจกทั้งหมด ซึ่งโดยทั่วไปประมาณการอุบัติการณ์ของต้อกระจกที่ทำให้เกิดตาบอดในแต่ละปี ประมาณ 1,000 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน (1:1000) หรือคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคต้อกระจกรายใหม่เกิดขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 42,840 รายต่อปี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านการผ่าตัดต้อกระจกของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2549 ถึงปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการรักษาด้วยการผ่าตัดและเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมที่มีคุณภาพและมาตรฐานทางการแพทย์ ลดระยะเวลาการ รอคิวและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม

2. วัตถุประสงค์

2.1 ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

2.2 ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่มีมาตรฐานและได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมที่มีคุณภาพ

2.3 ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ด้วยความสะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคิว มีความพึงพอใจกับบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 หน่วยบริการ ได้รับการชดเชยค่าบริการที่รวดเร็ว เป็นธรรม รวมทั้ง ได้รับการส่งเสริมให้สามารถพัฒนาเครือข่ายระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจก ในพื้นที่ได้อย่างครบวงจร และนำมาสู่การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมยิ่งขึ้น

³ การศึกษาโครงการดูแลรักษาผู้มีปัญหาด้านสายตาอันเนื่องมาจากเลนส์ตา (โครงการผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจก) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; รศ. ภฤศ หาญอุตสาหะและคณะ ,2550

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความจำเป็นได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

กำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับการผ่าตัดทั้งประเทศรวม 100,000 ราย โดยเฉลี่ยเป้าหมายเป็นรายเขตและรายจังหวัด ตามผลการดำเนินงานเฉลี่ย เทียบกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

4. กรอบการบริหารจัดการ

กำหนดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนเลนส์แก้วตาเทียมผ่านระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (E-Claim) ตามรอบการบันทึกข้อมูลและการสรุปข้อมูลการให้บริการเป็นรายเดือน และกำหนดหลักเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณ เป็นค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับผู้ป่วยเฉพาะกรณีที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) โดยจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการผ่าตัดตามรหัสโรค ICD-10 ที่อยู่ในกลุ่ม Senile Cataract เฉพาะที่เป็นโรคหลัก (PDX) ประกอบด้วย H250, H251, H252, H258 และ H259 ควบคู่กับรหัส ICD-9CM เท่ากับ 1319, 132, 1341, 1342, 1343, 1351, 1359, 1369, 1371 ทั้งนี้ สำหรับกรณี ผู้ป่วยโรคต้อกระจกประเภทอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆ ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติ สำหรับกรณีเหล่านั้นเป็นการเฉพาะ โดย สปสช.กำหนดหลักเกณฑ์การสนับสนุน สำหรับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1 สนับสนุนชดเชยค่าบริการผ่าตัดต้อกระจก

กำหนดจ่ายชดเชยครอบคลุมค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายา และค่าตรวจชั้นต้อที่เกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง รวมทั้ง ค่าผ่าตัด ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจกและการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย หรือที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

4.1.1 กรณีการผ่าตัดต้อกระจกในรายผู้ป่วยปกติที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามรหัส DRGs 02060 และ 02070 สปสช.กำหนดจ่ายชดเชยครอบคลุมค่าบริการผ่าตัดต้อกระจก ในอัตราข้างละ 7,000 บาท (รวมค่าภาระงานของบุคลากร 1,200 บาท ต่อราย)

4.1.2 กรณีการผ่าตัดต่อกระดูกในรายผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อน ตามรหัส DRGs 02061-0264, 02071-02074 สปสช.กำหนดจ่ายชดเชยครอบคลุมค่าบริการผ่าตัดต่อกระดูกและการดูแลภาวะแทรกซ้อน ในอัตราข้างละ 9,000 บาท (รวมค่าภาระงานของ บุคลากร 1,200 บาท ต่อราย)

4.2 สนับสนุนชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม ในปีงบประมาณ 2556 ให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ผ่าตัดดำเนินการจัดซื้อเลนส์เอง โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์ให้กับหน่วยบริการ ดังนี้

4.2.1 กรณีเลนส์แข็งพับไม่ได้ สนับสนุนในราคาไม่เกิน 700 บาทต่อเลนส์

4.2.2 กรณีเลนส์นิ่มพับได้ สนับสนุนในราคาไม่เกิน 2,800 บาทต่อเลนส์

โดย สปสช.จะสนับสนุนชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับหน่วยบริการ เฉพาะกรณี การใช้เลนส์ตามบัญชี ที่คณะทำงานพิจารณาและคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียมเห็นชอบและ สปสช.ประกาศกำหนดเท่านั้น ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดต่อกระดูกเสร็จสิ้น บันทึก ข้อมูล serial number ของเลนส์ ผ่านระบบ e-claim เพื่อตรวจสอบข้อมูลกับบัญชีเลนส์เพื่อจ่าย ชดเชยและเก็บหลักฐานข้อมูล serial number เลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อใช้ในการตรวจสอบต่อไป

4.3 สนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนภาระงานการผ่าตัดต่อกระดูก โดยกำหนดจ่าย ค่าตอบแทนภาระงานออกจากค่าบริการผ่าตัด ตามประกาศ สปสช. เรื่องแนวทางการให้บริการ ผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อ 4.2 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2554 โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจแก่ทีมผ่าตัดและดูแลผู้ป่วย ในการเพิ่มการเข้าถึงของ ผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงบริการได้น้อย และหรือเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการให้มีคุณภาพ และลดระยะเวลา รอคอยผ่าตัด ทั้งนี้ สปสช.จะพิจารณาแยกจ่ายค่าตอบแทนภาระงานออกจาก ค่าบริการผ่าตัด เฉพาะกรณีที่หน่วยบริการหรือ สปสช.สาขาจังหวัดแสดงความจำนงต่อ สปสช.เป็นรายกรณีและตามกำหนดระยะเวลาที่ สปสช.กำหนด

5. แนวทางการดำเนินงานของหน่วยบริการ

เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ สปสช. กำหนดแนวทาง ดำเนินงานของหน่วยบริการในการผ่าตัดต่อกระดูก ดังนี้

5.1 ประเภทของหน่วยบริการ

5.1.1 หน่วยบริการของรัฐและเอกชนที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

- 1) หน่วยบริการที่มีจักษุแพทย์อยู่ประจำ ให้สามารถดำเนินการให้บริการตรวจรักษาและผ่าตัดต้อกระจกได้โดยเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด
- 2) หน่วยบริการที่ไม่มีจักษุแพทย์อยู่ประจำ แต่มีศักยภาพในการจัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจกได้ ให้สามารถดำเนินการจัดให้มีบริการตรวจรักษาและผ่าตัดต้อกระจกโดยสามารถเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามหลักเกณฑ์เดียวกับหน่วยบริการที่มีจักษุแพทย์

5.1.2 สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กร ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชนเฉพาะทางจักษุ มูลนิธิ หรือ หน่วยงานอื่นๆ ที่ประสงค์ดำเนินการตรวจรักษาและผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ให้กับประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แสดงความจำนงดำเนินงานตามโครงการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำสัญญา สปสช. และได้รับการชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ตามรายละเอียดดังนี้

- 1) กรณีการให้บริการ ที่มีการให้บริการข้ามพื้นที่จังหวัด ที่สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรนั้นตั้งอยู่ แต่ยังอยู่ภายในเขตรับผิดชอบของ สปสช.เขต ให้สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่มีความประสงค์ดำเนินการ แสดงความจำนงหรือเสนอโครงการฯ กับ สปสช.เขตและจัดทำสัญญากับ สปสช.เขต โดยผ่านการพิจารณาเห็นชอบของ สปสช.เขต และ สปสช.สาขาจังหวัด ที่หน่วยบริการนั้นประสงค์ให้บริการผ่าตัด โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก

- 2) กรณีการให้บริการที่มีการให้บริการข้ามพื้นที่เขตรับผิดชอบของ สปสช.เขต ให้สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่มีความประสงค์ดำเนินการ แสดงความจำนงหรือเสนอโครงการฯ และจัดทำสัญญากับ สปสช. ซึ่งจะแจ้ง สปสช.เขต และ สปสช.จังหวัดให้ร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมและความจำเป็นของแต่ละพื้นที่

- 3) การดำเนินการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ จะต้องดำเนินการในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนหรือหน่วยบริการในระบบส่งต่อภายในจังหวัด หรือตามที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ พิจารณาเห็นชอบตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการที่สะดวกและมีคุณภาพ

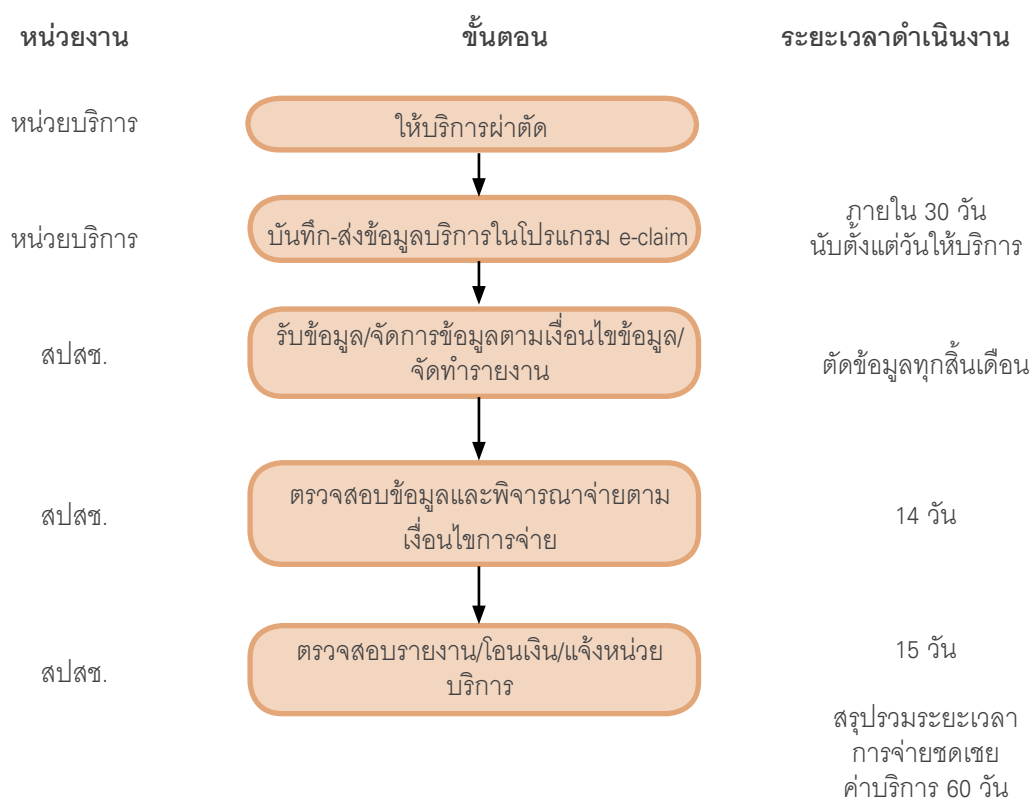
ทั้งนี้หากหน่วยบริการตามข้อ 5.1.1 จะดำเนินการนอกพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ข้างต้นตามข้อ 5.1.2 ข้อย่อย 1) ถึง 3) อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณีไป

5.2 ระยะเวลาการแสดงความจำนง

กำหนดให้สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความประสงค์ดำเนินงานโครงการผ่าตัดต่อกระดูกในผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงความจำนงและทำสัญญาดำเนินโครงการฯ กับ สปสช.เขตและ สปสช. ให้เรียบร้อยก่อนการดำเนินการให้บริการ ทั้งนี้ กรณี ที่มีการทำสัญญาร่วมกับ สปสช.เขต ให้ สปสช.เขตแจ้งรายชื่อ พร้อมส่งสำเนาสัญญาให้ สปสช.ทราบ เพื่อเบิกจ่ายงบสนับสนุน ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

5.3 การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

ให้หน่วยบริการ ที่ให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก เป็นผู้บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก พร้อมข้อมูล Serial number ของเลนส์แก้วตาเทียมที่ใช้ไป ในระบบ E-Claim โดยที่ สปสช. จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพร้อมจ่ายชดเชยค่าบริการและเลนส์แก้วตาเทียมตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดแก่หน่วยบริการ สถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กรที่เข้าร่วมโครงการที่เป็นผู้บันทึก ทั้งนี้ สำหรับกรณีการให้บริการนอกเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ สถานพยาบาล องค์กร ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการข้ามเขตพื้นที่กับ สปสช. ให้หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียน เป็นผู้บันทึกข้อมูลและรับการชดเชยค่าบริการจาก สปสช. โดยตรง



6. แนวทางพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดต้อกระจก

เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ สปสช.เขต ส่งเสริมและสนับสนุนดำเนินการพัฒนาระบบเครือข่ายการให้บริการ ในระดับเขต จังหวัด โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการบูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะกรณีการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ที่กำหนดให้มีการดำเนินงานไปพร้อมกับการดำเนินงานค้นหา คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคต้อกระจก โดยความร่วมมือกัน ระหว่างหน่วยบริการ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ และดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัดและการติดตามดูแลหลังการรักษา ตามมาตรฐานบริการอย่างครบวงจร

7. บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

7.1 สปสช.

7.1.1 กำหนดเป้าหมาย งบประมาณและหลักเกณฑ์ แนวทางการบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7.1.2 ชี้แจง ทำความเข้าใจ กับ สปสช.เขต สปสช.สาขาจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจกับหน่วยบริการในการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

7.1.3 รับขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หน่วยงานหรือองค์กร ที่แสดงความจำนงดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ เชิงรุกข้ามเขต

7.1.4 ประสานความร่วมมือกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย พัฒนาหลักเกณฑ์การให้บริการ คุณภาพบริการ และการจัดหาเลนส์แก้วตาเทียมที่มีคุณภาพ และประชาสัมพันธ์ให้ สปสช.เขต สปสช.สาขาจังหวัดและหน่วยบริการรับทราบ

7.1.5 ประสานดำเนินงานร่วมกับ สปสช.เขต และสนับสนุนการพัฒนาระบบการดำเนินงานของ สปสช.เขต

7.1.6 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในภาพรวมทั้งประเทศ

7.2 สปสช.เขต

7.2.1 ร่วมพิจารณาการกำหนดเป้าหมาย หลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่

7.2.2 ชี้แจง แนวทางการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับ สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยบริการ ในการดำเนินงานให้บรรลุตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด

7.2.3 ประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการ หน่วยงาน รวมทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายพัฒนาระบบบริการ การคัดกรอง ส่งต่อ เพื่อให้ได้รับบริการตามแนวทางและเป้าหมายที่กำหนด

7.2.4 รับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/หน่วยงาน ตามการแสดงความจำนงของหน่วยงาน องค์กรที่ประสงค์ดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ เชิงรุกภายในเขต และแจ้งให้ สปสช.ทราบ

7.2.5 กำกับ ติดตาม ประเมินผลการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

7.3 สปสช.สาขาจังหวัด

7.3.1 ส่งเสริมสนับสนุน การจัดบริการคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุ ของหน่วยบริการ ควบคู่ไปพร้อมกับการคัดกรองโรคอื่นๆ ในจังหวัด

7.3.2 การจัดระบบเครือข่าย การคัดกรอง ส่งต่อดูแลรักษาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร

7.3.3 ควบคุม กำกับดูแลคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการและแนวทางเวชปฏิบัติที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด

7.4 หน่วยบริการ

7.4.1 กรณี หน่วยบริการในระบบปกติหรือหน่วยบริการเชิงรับ (ที่ให้บริการเฉพาะในพื้นที่ที่รับผิดชอบ) ให้ดำเนินการ

1) ให้บริการ ตรวจประเมิน คัดกรองและให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ รวมทั้ง ดูแลติดตามรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามแนวทางเวชปฏิบัติ ฯ

2) ประสานกับหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ร่วมสนับสนุนการ ดำเนินการตรวจคัดกรองและอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก

7.4.2 กรณี หน่วยบริการเชิงรุก (ที่ให้บริการนอกพื้นที่รับผิดชอบ) ให้ดำเนินการขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการเชิงรุก โดยประสาน สปสช.เขต หรือสปสช. ตามแนวทางการดำเนินงาน ของหน่วยบริการ และดำเนินการให้บริการตามมาตรฐานและแนวทางเวชปฏิบัติฯ

8. การติดตามควบคุมกำกับ

8.1 จากการประเมินติดตาม คุณภาพและมาตรฐานการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ โดยการสุ่มลงพื้นที่ติดตามร่วมกับ สปสช.เขต และสปสช.จังหวัด

8.2 จากการวิเคราะห์จากข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้แทนหน่วยบริการ

4.3.5 การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำตัวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ

1. หลักการและเหตุผล

โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศสามารถเกิดได้กับคนทุกวัยและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ไตวายเรื้อรัง ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคนี้รอรับการรักษากันจำนวนมาก ดังนั้นเพื่อลดการรอคิวของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จึงปรับการจ่ายชดเชยจากการจ่ายด้วยระบบ DRGs with global budget เป็นจ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนดและหากมีการให้บริการมากกว่า 1 รายการในการรับบริการ 1 ครั้งให้จ่ายเพียง 1 รายการเฉพาะรายการที่มีราคากลางสูงสุด โดยการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพลดระยะเวลาการรอคิวและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

2.2 เพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ

2.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจ่ายชดเชยค่าบริการของ สปสช.

3. ขอบเขตการให้บริการ

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

4. หน่วยบริการที่ให้บริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีศักยภาพในการให้บริการตามประกาศ สปสช. เรื่องการให้บริการผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555

5. การใช้สิทธิเข้ารับบริการ

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อที่ได้รับความเห็นชอบจาก สปสช.ได้โดยผ่านระบบบริการและระบบส่งต่อปกติ

6. การจ่ายชดเชยค่าใช้จ่าย

การบริหารงบประมาณในส่วนการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ เพื่อนำเงินออกจากทางเดินปัสสาวะเป็นรายการที่จ่ายในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยจ่ายตามจำนวนที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด ตามประกาศ สปสช. เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ พ.ศ.2555

ยกเว้น หน่วยบริการสังกัดกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ 13 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รพ.ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล รพ.วชิราลงกรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล รพ.พระมงกุฎเกล้า รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รพ.สงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ รพ.ราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร สามารถเลือกวิธีชดเชยค่าใช้จ่ายได้ เฉพาะรายการบริการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด และบริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้องว่าต้องการรับค่าใช้จ่ายแบบเหมาตามราคากลางหรือรับค่าใช้จ่ายด้วยระบบ DRGs with global budget (ซึ่ง รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ และรพ.มหาวิทยาลัยนเรศวรเลือกชดเชยค่าใช้จ่ายรายการผ่าตัดแบบเปิด และการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้องแบบเหมาจ่าย)

สำหรับการปรับลดค่าแรงกรณีหน่วยบริการภาครัฐ เนื่องจากการปรับลดค่าแรงครบถ้วนในรายการอื่นแล้วจึงไม่มีการปรับลดค่าแรงในรายการนี้

7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย ให้ สปสช. ในระบบ E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วันหลังให้บริการ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2556

8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สปสช. จะออกรายงานการจ่ายชดเชยหลังออก statement รายเดือน 14 วัน และดำเนินการโอนเงินอีกประมาณ 15 วันทำการ

กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ สปสช. กำหนดอย่างชัดเจน สามารถส่งข้อมูลอุทธรณ์เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมไปที่ สปสช. ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับการโอนเงินให้บริการ รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2556

9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

9.1 สปสช. จะร่วมมือกับสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ในการพัฒนาและควบคุมกำกับคุณภาพการบริการ

9.2 ใช้ระบบการ Audit เวชระเบียนและการให้บริการ เพื่อตรวจติดตามคุณภาพการให้บริการ และชดเชยค่าบริการให้เป็นไปตามประกาศ

9.3 หน่วยบริการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลการบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการตรวจสอบและส่งข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย เพื่อติดตามความก้าวหน้าและคุณภาพการให้บริการ ตามที่ สปสช. กำหนด

9.4 หน่วยบริการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการและกำกับติดตามด้านคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย เพื่อติดตามความก้าวหน้าและคุณภาพการให้บริการตามที่ สปสช. กำหนด

4.3.6 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย

ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีไม่ใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับการดูแลระดับประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในชุมชนและที่บ้านอย่างเหมาะสม

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับบริการ ดูแลแบบประคับประคองที่บ้านตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการจากความทุกข์ทรมาน

3. กรอบการบริหารจัดการ

สำหรับหน่วยบริการที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านครอบคลุมถึงการบรรเทาอาการปวดด้วยยามอร์ฟิน และหรือให้บริการทำความสะอาดแผล และหรือการให้บริการออกซิเจน (โดยไม่เก็บค่าบริการเติมออกซิเจนกับผู้ป่วย) เพื่อบรรเทาอาการที่บ้าน

4. แนวทางสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

4.1 เงื่อนไขการให้บริการ ประกอบด้วย

4.1.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับยามอร์ฟิน และหรือให้บริการทำความสะอาดแผล และหรือการให้บริการออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการในชุมชน / ที่บ้าน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

4.1.2 มีการประเมินอาการ เช่น Pain Score, dyspnea score ประเมินแผลก่อนและหลังการให้บริการ และมีบันทึกสำหรับการติดตาม และตรวจสอบได้

4.1.3 มีบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ E-Claim ของ สปสช. โดยระบุ

1) การวินิจฉัยโรคหลัก (Diagnosis) ตามรหัส ICD10 ร่วมกับรหัส Z 51.5 (palliative)

2) ชนิด ประเภทของยามอร์ฟินที่ให้ /การให้บริการทำความสะอาดแผล/การให้บริการออกซิเจน ตามรหัสที่ สปสช.กำหนด

3) ปริมาณยา /ออกซิเจน/ จำนวนชุดทำความสะอาดแผล ระบุเป็นจำนวนวันที่ให้ผู้ป่วยไว้ใช้ในแต่ละครั้ง

4.2 วิธีการจัดสรรงบประมาณ สปสช.จะจัดสรรให้หน่วยบริการ ดังนี้

4.2.1 จัดสรรตามข้อมูลผลงานบริการจากฐานข้อมูล E-Claim ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2555 ถึง เดือนมิถุนายน 2556 โดยตัดข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2556

4.2.2 จำนวนผลงานคิดจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟิน ชุดทำความสะอาดแผล และออกซิเจนสำหรับใช้ที่บ้าน คูณกับน้ำหนักของบริการในสัดส่วนยามอร์ฟิน : ชุดทำความสะอาดแผล : ออกซิเจน = 2:1:2

4.2.3 การจัดสรรแบ่งเป็น 2 งวด ดังนี้

งวด 1 จัดสรรให้ตามผลงานบริการตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2555 ถึง ธันวาคม 2555 ภายใต้วงเงินร้อยละ 20 ของวงเงินทั้งหมด โดย สปสช.จะตัดข้อมูล ณ วันที่ 15 มกราคม 2556

งวด 2 จัดสรรเพิ่มเติมจากที่ได้รับจัดสรรแล้วในงวดที่ 1 ตามผลงานที่เพิ่มขึ้น โดยใช้ข้อมูลผลงานรวมตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2556 ภายใต้วงเงินงบประมาณทั้งหมด โดย สปสช.จะตัดข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2556

ตัวอย่างวิธีคำนวณผลงาน

ผลงานการให้บริการยามอร์ฟิน : บริการทำความสะอาดแผล: บริการออกซิเจน =(จำนวนวันที่ให้บริการยามอร์ฟิน x น้ำหนัก) + (จำนวนวันที่ให้บริการทำความสะอาดแผล x น้ำหนัก) + (จำนวนวันที่ให้บริการออกซิเจน x น้ำหนัก)

5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สปสช.

5.1.1 กำหนดกรอบการบริหารจัดการในภาพรวม

5.1.2 ประสานทำความเข้าใจ สนับสนุน สปสช.เขต ในการบริหารจัดการ

- 5.1.3 รับข้อมูล ตรวจสอบ และเสนอขออนุมัติจัดสรรงบประมาณ
- 5.1.4 กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับประเทศ
- 5.1.5 ชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลในระบบ
- 5.1.6 รับข้อมูลผ่านระบบ E-Claim ตรวจสอบ ประมวลผล ออกรายงาน

5.2 สปสช.เขต

- 5.2.1 ประสานทำความเข้าใจ สนับสนุนหน่วยบริการในพื้นที่
- 5.2.2 ประสานหน่วยบริการและ สปสช.กลาง ในการตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการที่ได้จากระบบ E-Claim
- 5.2.3 กำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยบริการ ในระดับเขต

5.3 หน่วยบริการ

- 5.3.1 ให้บริการ บันทึก จัดเก็บข้อมูลการให้บริการยามอร์ฟิน บริการการทำความสะอาดแผล บริการให้ออกซิเจน ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ในระบบ E-Claim
- 5.3.2 ประสาน ตรวจสอบ ยืนยันและอุทธรณ์ข้อมูลผลงานการให้บริการตามระยะเวลาและขั้นตอนการอุทธรณ์ที่กำหนด

6. การติดตามควบคุมกำกับ

ข้อมูลการให้บริการยามอร์ฟิน บริการทำความสะอาดแผลและบริการให้ออกซิเจน เพื่อบรรเทาอาการ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน จากระบบ E-Claim

4.3.7 การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1. หลักการและเหตุผล/แนวคิด

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสปสช. จึงได้จัดให้มีการบริหารจัดการในลักษณะโครงการนำร่อง เพื่อให้มีการหาปัจจัยต่างๆ รวมถึงความคุ้มค่าในการลงทุนก่อนที่กำหนดเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ

3. กรอบการบริหารจัดการ

งบประมาณในการบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จำนวนผู้ป่วย 30 ราย

4. แนวทางการสนับสนุน

4.1 ผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.2 หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด

4.3 แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

4.3.1 จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยรายละ 800,000 บาท (แยกจ่าย 2 งวด)

4.3.2 ค่าบริการทางการแพทย์ ดังกล่าวประกอบไปด้วย ค่า HLA Matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (โดยทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก)

4.3.3 จ่ายชดเชยเป็นเงิน 2 งวด ดังนี้

1) งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ของการจ่ายชดเชยของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

1.1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและคัดเลือกผู้ป่วย ในโครงการบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

1.2) ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการภายใน 30 วันหลังจากที่หน่วยบริการได้รับผลการพิจารณาของคณะทำงานฯ

1.3) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกตามแบบฟอร์มรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยในโครงการตามขั้นตอนการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

2) งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ของการจ่ายชดเชยของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา จนกระทั่งมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 30 วัน และรายงานผลการติดตามให้ สปสช.ทราบ (หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งรายงานผลการรักษาภายใน 30 วัน ให้ สปสช.ทราบ)

3) หน่วยบริการต้องให้การรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Stem Cell Transplantation) ภายในระยะเวลา 3 เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการฯ หากเลยระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรายดังกล่าว มีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการฯ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯ ได้อีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้ สปสช.ทราบภายในระยะเวลา 30 วันหลังจากทราบเหตุดังกล่าว เพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการฯ

4) หากในระหว่างการให้บริการในงวดที่ 2 ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไข แต่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิอื่น หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษาพยาบาล หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการ และแจ้งให้ สปสช.ทราบภายใน 15 วัน หลังจากทราบข้อมูลดังกล่าวและ สปสช.จะไม่จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในงวดที่ 2 เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไข

4.4 หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และรายงานผลการติดตามผู้ป่วยมาให้ สปสช.รับทราบตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช.ทราบตามที่กำหนด อาจมีผลต่อการดำเนินการใน ปีงบประมาณต่อไป

5. บทบาทหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.1 สปสช.

5.1.1 จัดทำแผนสนับสนุนการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.2 จัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับคณะทำงานฯ

5.1.3 จัดทำคุณสมบัติ/มาตรฐานหน่วยบริการ ที่จะเข้าร่วมโครงการ และพิจารณาคัดเลือกร่วมกับคณะทำงานฯ

5.1.4 ประสานและร่วมกับคณะทำงานฯ พิจารณานุมัติการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

5.1.5 ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณและติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.6 ประสานกับ สปสช.เขต เพื่อประชาสัมพันธ์ และประสานงานกับหน่วยบริการ/ ในการเข้าร่วมดำเนินการ

5.1.7 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอในการสนับสนุนการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยบริการที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ

5.2.2 ประสานกับหน่วยบริการ ในการทำแบบแสดงความจำนงในการเข้าร่วมโครงการ หลังจากทีคณะทำงานฯพิจารณานุมัติ

5.3 หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

5.3.1 ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่คณะทำงานฯ และสปสช.กำหนด

5.3.2 ส่งเอกสาร และข้อมูลตามที่กำหนดเพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หมายเหตุ หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ให้ติดต่อผ่าน สปสช.เขต

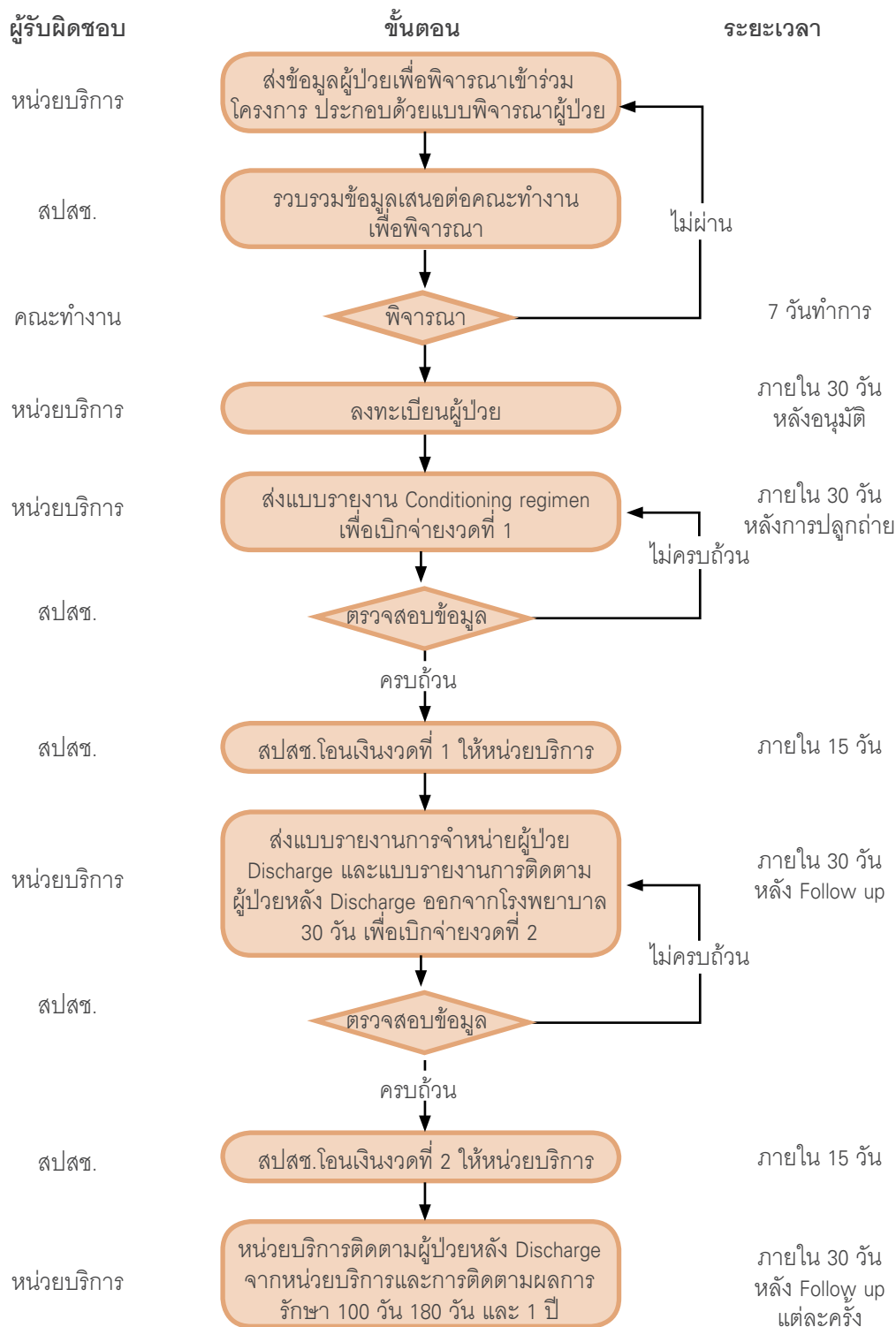
6. การติดตามควบคุมกำกับ

6.1 ติดตามผลการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

6.2 ติดตาม กำกับ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ

6.3 วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน ตามข้อมูลที่ได้รับ

ขั้นตอนการดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

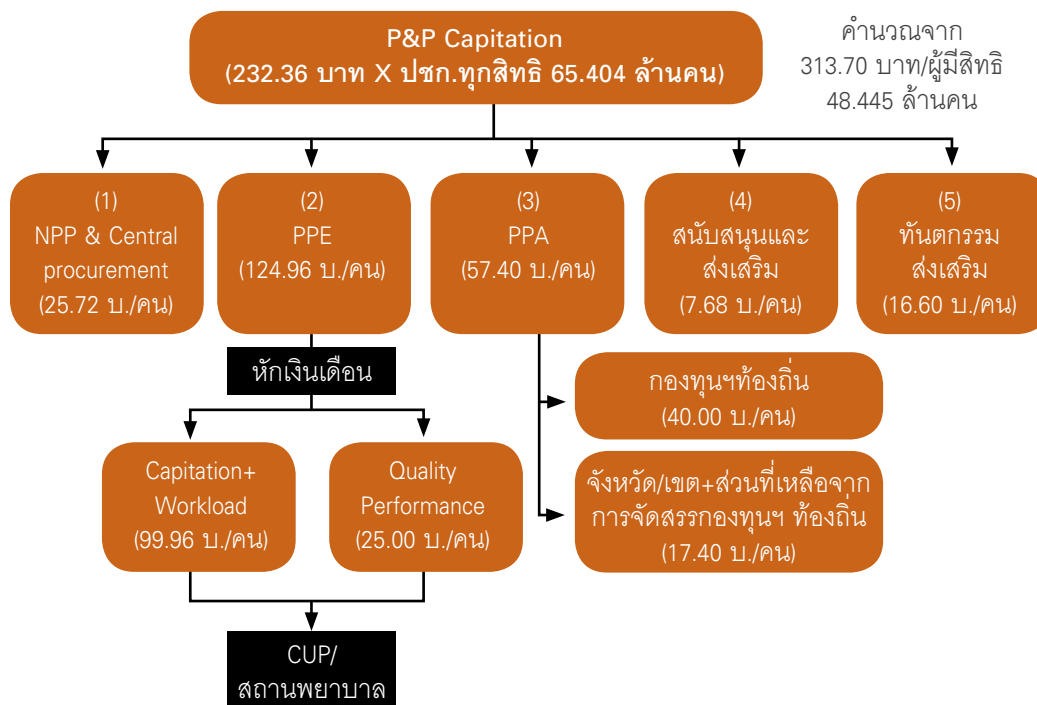
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นบริการที่จัดให้แก่ประชาชนไทยทุกสิทธิ เป็นรายบุคคลและครอบครัว ตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ระบุเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมในแต่ละกลุ่มวัย และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและอัตราป่วย อัตราตายที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

ในปีงบประมาณ 2556 เงินบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีจำนวน 313.70 บาทต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 48.445 ล้านคน หรือเท่ากับอัตรา 232.36 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จำนวน 65.404 ล้านคน การบริหารแบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 5 รายการ และมีการบริหารจัดการ ดังนี้

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services)
4. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
5. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

ทั้งนี้กรณีที่อาจมีเงินเหลือจ่ายจาก 5 รายการนี้ ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี้ยค่าใช้จ่ายระหว่างกันได้

แผนภาพที่ 3 กรอบการบริหารเงินบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556



1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ

การจัดการปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศให้บรรลุผลสำเร็จและเกิดผลกระทบอย่างชัดเจนนั้น มีความจำเป็นต้องดำเนินการและชี้นำภาพรวมในระดับประเทศ เพราะหากให้แต่ละพื้นที่หรือหน่วยบริการดำเนินการกันเองตามความสนใจ อาจขาดพลังในการจัดการและได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนั้นการจัดบริการสาธารณสุขใหม่ๆ และการจัดการพัสดุบางกรณี อาทิ การจัดซื้อจัดจ้าง หากดำเนินการหรือจัดซื้อจัดจ้างรวมระดับประเทศย่อมทำได้ราคาต่อหน่วยที่เหมาะสม การบริหารบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

1.1 วัตถุประสงค์

- 1.1.1 เพื่อลดปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
- 1.1.2 เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้วยการบริหารจัดการและระบบบริการเพิ่มเติมใหม่

1.1.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการต้นทุนในการจัดซื้อจัดจ้างด้านเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีไข้ยา และวัสดุ

1.2 กรอบการบริหารจัดการ

จำนวน 25.72 บาทต่อประชากรไทยทุกคน โดยแบ่งการบริหารค่าใช้จ่ายเป็น 2 ส่วน คือ

1.2.1 จัดซื้อจัดจ้างรวมระดับประเทศ (Central Procurement) ได้แก่

1) วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (EPI Program) ทั้งนี้ครอบคลุมกิจกรรม การจัดซื้อ การบริหารการขนส่ง การเบิกจ่าย และการกระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศผ่านระบบ VMI ตามจำนวนที่มีการให้บริการ และการส่งเสริมสนับสนุน การบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อรักษาคุณภาพวัคซีนจนถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

2) วัคซีนป้องกันโรคใช้วัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (ได้แก่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีและกลุ่มเป้าหมายที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมกิจกรรมการจัดซื้อ การบริหารการขนส่ง การเบิกจ่าย และการกระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศผ่านระบบ VMI ตามจำนวนที่มีการให้บริการ ทั้งนี้ค่าบริการและค่าการจัดการหน่วยงานที่ดำเนินการ เป็นไปตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

3) สมุดบันทึกสุขภาพอนามัยมารดาและเด็กและสมุดบันทึกสุขภาพนักเรียนตามความจำเป็น โดยสนับสนุนผ่านกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดพิมพ์และจัดสรรให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

1.2.2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและนโยบายรัฐบาล

ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นค่าบริการและ/หรือค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการให้หน่วยบริการ สถานพยาบาล หน่วยงาน และองค์กรอื่น เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและลดอัตราป่วย/ตายและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โดยเป็นแผนงานที่ผ่านการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2555 และจำเป็นต้องดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้แก่

- 1) แผนงานคัดกรองและป้องกันโรคมะเร็ง
- 2) แผนงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี
- 3) แผนงานเด็กฉลาด พัฒนาการดี
- 4) แผนงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง
- 5) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานและข้าราชการ
- 6) แผนงานป้องกันควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

1.3 แนวทางการสนับสนุน

1.3.1 สปสช.เบิกจ่ายและกระจายวัคซีนให้หน่วยบริการทุกแห่งทั่วประเทศตามการให้บริการจริงผ่านระบบ VMI ซึ่งดำเนินการโดยองค์การเภสัชกรรม สำหรับวัสดุ (สมุดบันทึกฯ) สปสช.ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการ

1.3.2 สปสช.ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด

อนึ่ง ค่าใช้จ่ายของเขต/พื้นที่และหน่วยบริการประจำ(รวมเครือข่าย)เพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ได้จัดสรรรวมอยู่ในค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการที่เด่นชัด และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่แล้ว เว้นแต่แผนงานข้างต้นจะจัดสรรหรือจ่ายเพิ่มเติมให้

1.4 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

จากรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นรายงวด และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ ซึ่งหน่วยงานที่ได้ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงาน จะต้องรายงานตามลักษณะเนื้อหา และผลงานที่จะต้องส่งมอบตามที่ได้ตกลงร่วมกัน

นอกจากนั้น จะดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผล จากข้อมูลตามระบบรายงานและการสำรวจของ สปสช. และข้อมูลจากแหล่งอื่น รวมถึงการลงตรวจเยี่ยมติดตามในพื้นที่

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด เป็นกิจกรรมบริการที่กำหนดไว้ในสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนไทยทุกสิทธิ

สามารถขอใช้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากหน่วยบริการทุกแห่งซึ่งตั้งอยู่ภายในจังหวัดที่อาศัยหรือลงทะเบียนไว้ ทั้งนี้ต้องเป็นหน่วยบริการประจำและเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมจัดบริการ

2.1 วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 กรอบการบริหารจัดการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้ในอัตรา 124.96 บาทต่อประชากรไทยทุกคน เป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนไทยทุกคนที่มารับบริการในหน่วยบริการหรือบริการในชุมชน โดยแบ่งการบริหารเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.2.1 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

จำนวนไม่เกินร้อยละ 80 จัดสรรตามจำนวนประชาชนทุกสิทธิ ตามชุดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มเด็ก 0-5 ปี เด็ก 6-12 ปี ผู้ใหญ่ 30-60 ปีและผู้สูงอายุ) และตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา และจัดสรรเป็นภาพรวมของแต่ละหน่วยบริการประจำและจังหวัด รายละเอียดมีดังนี้

1) จัดสรรตามจำนวนประชาชนทุกสิทธิ

1.1) ตามจำนวนประชากรโดยรวม โดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรสิทธิต่างๆ จากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช.

1.2) ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโดยรายละเอียดกิจกรรมที่ใช้คำนวณเพื่อจัดสรร มีดังนี้

- (1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ชุดกิจกรรมตามแนวเวชปฏิบัติที่แนะนำโดยกรมอนามัยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการฝากครรภ์ บริการตรวจหลังคลอด บริการตรวจคัดกรองโรค (ภาวะซึมเศร้า โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) และบริการวางแผนครอบครัว กรณีบริการวางแผนครอบครัวครอบคลุมถึงหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามีด้วย

- (2) กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ชุดกิจกรรม ได้แก่ บริการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามการเจริญเติบโต (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) การตรวจประเมินพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์พร้อมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำและการบริการวัคซีนตามโปรแกรมพื้นฐาน
- (3) เด็กอายุ 6-12 ปี ชุดกิจกรรมเน้นงานอนามัยโรงเรียน ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพทั่วไปและการติดตามการเจริญเติบโต สำหรับเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 6 เพิ่มบริการตรวจการได้ยิน บริการวัดสายตาด้วยแผนภูมิสเนลเลน และบริการวัคซีนพื้นฐาน
- (4) กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 30-60 ปี ชุดกิจกรรม ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- (5) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ชุดกิจกรรม ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2) จัดสรรตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ 2555 ที่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายจัดส่งข้อมูลผ่านชุดข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (OP/ PP individual record)

อนึ่ง บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear หรือ VIA) สปสช.จัดสรรค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ สำหรับบริการตรวจยืนยันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียทุกขั้นตอนให้เบิกจ่ายจาก สปสช. ตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ อัตราและวิธีการที่กำหนด กรณีئمผงทารกสำหรับเด็กที่มีมารดาติดเชื้อ HIV เบิกจากกรมอนามัยซึ่งกรมอนามัยได้รับงบประมาณเป็นการเฉพาะกรณีนี้

2.2.2 ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการประจำ โดย สปสช. จัดสรรวงเงินเป็น global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากร และ สปสช. เขต จัดสรรเงินตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในภาพรวมของจังหวัด ทั้งนี้ เกณฑ์คุณภาพผลงานบริการที่ใช้ต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. จากนั้น สปสช.สาขาจังหวัด จัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำ ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด (อปสจ.)

2.3 แนวทางสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

2.3.1 สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรายหน่วยบริการประจำและในภาพรวมของสปสช.สาขาจังหวัดสำหรับประชาชนทุกสิทธิภายในเดือนตุลาคม 2555 ให้ (อปสจ.) จัดระบบบริการรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกสิทธิซึ่งสามารถใช้บริการได้จากหน่วยบริการทุกแห่งภายในจังหวัดที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์บริการที่ต้องการให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายดำเนินงาน กำหนดข้อตกลงร่วมการตามจ่ายค่าบริการระหว่างหน่วยบริการหรือกรณีส่งต่อไปใช้บริการนอกจังหวัด พร้อมทั้งพิจารณาปรับเปลี่ยนและจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการประจำ และแจ้งผลการจัดสรรผ่านสปสช.เขตไปยัง สปสช. ตามลำดับ อย่างช้าภายในเดือนธันวาคม 2555

2.3.2 สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงินตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในภาพรวมของสปสช.เขตภายในเดือนตุลาคม 2555 ให้อปสช.กำหนดเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการและแนวทางการจ่ายอย่างช้าภายในเดือนธันวาคม 2555 และ สปสช.เขต จะต้องจ่ายตามยอดที่จังหวัดแจ้งภายใต้ global budget ภายในเดือนมิถุนายน 2556

2.3.3 การโอนเงินค่าบริการ

กรณีหน่วยบริการประจำภาครัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สปสช.จะหักเงินเดือนก่อนการจัดสรร สำหรับหน่วยบริการประจำภาคเอกชน สปสช.จัดสรรและโอนให้เต็มจำนวน

1) แบบเหมาจ่ายรายหัว สปสช.โอนตรงไปยังหน่วยบริการประจำภาครัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยบริการภาคเอกชน โดยจัดโอนไปพร้อมกับงบบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน

2) ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สปสช.โอนงวดเดียวตรงไปยังหน่วยบริการประจำ

2.3.4 ให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายและหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมจัดบริการ ต้องให้บริการแก่ประชาชนทุกสิทธิที่อาศัยหรือลงทะเบียนภายในจังหวัด และบันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูลของตนเอง (โปรแกรม HosXP, HosOS, HosXPpcu, JHcis ฯลฯ) เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบริการและประเมินผลของหน่วยบริการเอง จากนั้นส่งออกข้อมูลบริการผ่านชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมป้องกันโรครายบุคคล ให้ สปสช. ผ่าน สปสช.สาขาจังหวัด กรณีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมในโปรแกรม Cervical Screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติด้วย

2.3.5 กรณี สปสช.เขต 9 นครราชสีมาและ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ อย่างน้อยต้องได้ผลงานและข้อมูลบริการตามที่ สปสช. กำหนด และต้องเป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

2.4 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

2.4.1 สปสช.สาขาจังหวัด/สปสช.เขต กำกับติดตาม ลงตรวจเยี่ยมและสุ่มตรวจการบริการในพื้นที่ตามแผนปฏิบัติการ

2.4.2 สปสช.กำกับ ติดตามและประเมินผลจากรายงานการประมวลผลข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual record) รายงานการสำรวจแบบภาคตัดขวาง และรายงานสรุปผลการดำเนินงานของ สปสช.สาขาจังหวัดที่ส่งให้ สปสช.เขต

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ โดยสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18 (8) และ (9) และมาตรา 47 รวมถึงการส่งเสริมให้เขตพื้นที่จัดบริการ

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ตลอดจนบริการที่หน่วยบริการในพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้จำเป็นต้องจัดการในระดับจังหวัด/เขต ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

3.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2 กรอบการบริหารจัดการ

จำนวน 57.40 บาทต่อประชากรไทยทุกคน โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.2.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน ในอัตราเหมาจ่าย 40 บาทต่อประชากรไทยทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบของท้องถิ่นนั้น โดยผ่าน สปสช.เขต

3.2.2 จำนวนที่เหลือจากการจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่หรือตามนโยบายสำคัญ บริการที่ต้องมีการบริหารจัดการในภาพรวมระดับเขตหรือจังหวัด รวมถึงการตามจ่ายค่าบริการแทนหน่วยบริการ และจ่ายเพื่อจูงใจให้เกิดการบริการที่เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพผลงานบริการ โดยเป็นการบริหารจัดการระดับเขต จัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขตตามที่ สปสช.กำหนด และแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

3.3 แนวทางการสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

3.3.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552 รวมถึง รูปแบบ

วิธีการ และแนวทางการดำเนินงานที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้ กำหนดให้มีการจัดกิจกรรม เน้นหนัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

1.1) สนับสนุนงบประมาณเป็นรายปีแก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่

1.2) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น หรือสถานบริการ ทางเลือก เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

1.3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในเขตพื้นที่จัด ทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชน ในพื้นที่

1.4) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ และจ่ายค่าตอบแทนกรรมการที่เข้าร่วมไม่เกินคนละ 200 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในรอบปีงบประมาณนั้นและในกรณี ที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย

2) แผนงานการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2555-2556 โดยมี สปสช.เขต 1-12 และ สปสช.สาขาจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบและประสานงาน กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดังนี้

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา
1	สปสช. ประกาศรับสมัครกองทุนใหม่ปี 2556 /ทำข้อตกลง/เปิดบัญชี	1 มิย.- 31 สค. 2555
2	สปสช.(กองทุน PP นำข้อมูลฐานประชากร ณ 1 กค.55) ส่งให้ สปสช.เขต	1-10 กค.2555
3	สปสช.เขต / สปสช.สาขาจังหวัด ปรับเปลี่ยนประชากรปี 2556	10-31 กค.2555
4	สปสช.เขตแจ้งข้อมูลประชากรปี 2556 ให้กองทุนรับทราบ	1-31 สค.2555
5	- กองทุนจัดทำแผนงาน/โครงการ ประจำปี 2556 พร้อมบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม - กองทุนประเมินตนเอง ปี 2555 พร้อมบันทึกข้อมูลโปรแกรม ประเมินตนเอง	1 สค.-30 กย.2555
6	- ทีมอำเภอติดตามผลกองทุน ปี 2555 พร้อมบันทึกข้อมูลโปรแกรม ประเมินตนเอง - กองทุนบันทึกแผนงาน/โครงการ ประจำปี 2556 เข้าโปรแกรม กองทุนตำบล	1 สค.-31 ตค.2555
7	- สปสช.เขต / สปสช.สาขาจังหวัด พิจารณากองทุน(เก่า) ที่สมัคร เข้าร่วมต่อปี 2556 - สปสช.เขต ตั้งเรื่องส่ง สปสช.ส่วนกลาง โอนเงินให้กองทุนที่บันทึก แผนงานลงโปรแกรมกองทุนตำบลแล้ว (กองทุนเก่าและกองทุน สมัครปี 2556)	1ตค.- 31 ธค.2555
8	- อบต./เทศบาล สมทบเงินตามสัดส่วนที่ สปสช.กำหนดเข้าบัญชี กองทุน - กองทุนสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2555	1ตค.- 31 ธค.2555
9	- กองทุนพัฒนาศักยภาพกรรมการบริหารกองทุนด้วยงบบริหาร จัดการ 10% ปี 2556 - กองทุนเรียนรู้โปรแกรมบริหารจัดการกองทุนจากศูนย์เรียนรู้ด้วย งบบริหารจัดการ 10% ปี 2556	1 ตค.2555 -31 มีค.2556
10	กองทุนบันทึกผลการดำเนินงานรายโครงการ และรายงานการเงิน	1 ตค.2555 -31 สค.2556
11	กองทุนประเมินตนเองรอบที่ 1 ปี 2556 พร้อมบันทึกข้อมูล เข้าโปรแกรม	1-31 พค.2556
12	ทีมอำเภอติดตามผลงานกองทุนพร้อมบันทึกข้อมูลโปรแกรม ประเมินตนเองปี 2556	1 มิย.- 31 ตค.2556
13	สปสช./ สปสช.เขต /สปสช.สาขาจังหวัด ลงเยี่ยมหนุนเสริมกองทุน	1 กค. - 31 ธค.2556
14	กองทุนประเมินตนเองรอบที่ 2 ปี 2556 พร้อมบันทึกข้อมูล เข้าโปรแกรม	1 สค. - 30 กย.2556
15	กองทุนสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2556	1 ตค. - 31 ธค.2556

หมายเหตุ : คำว่า “กองทุน” ในตารางนี้หมายถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3) หลักเกณฑ์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่สนใจเข้าร่วมจัดตั้งกองทุน ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

3.1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เห็นชอบและประสงค์ เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยส่งหนังสือแสดงความจำนงตามที่ สปสช. กำหนด กรณีที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนหรือผู้รักษาการแทน เป็นผู้ลงนามในแบบแสดง ความจำนง

3.2) มีความพร้อมในการสมทบงบประมาณในปีที่สมัครจัดตั้งกองทุน

3.3) มีความพร้อมในการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนแบบมีส่วนร่วม

3.4) มีข้อมูลสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

3.5) ประธานกรรมการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเลขานุการ เข้ารับการอบรม เตรียมความพร้อม

4) หลักเกณฑ์การพิจารณากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เดิม (พื้นที่เก่า) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง ในการดำเนินงานหาก สปสช. หรือองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลไม่ได้บอกเลิกข้อตกลงให้ขยายระยะเวลาการดำเนินงานออกไปทุกๆ หนึ่งปีงบประมาณ สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดตั้งและดำเนินงานต่อเนื่องทุกปี สปสช.จะมีการประเมิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง ดังนี้

4.1) มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานรายงานกิจกรรมรายงานด้านการเงินผ่านโปรแกรม บริหารจัดการกองทุนระบบออนไลน์ <http://tobt.nhso.go.th/> ครบทุกรายการและเป็นปัจจุบัน

4.2) ภายในปีงบประมาณที่ผ่านมา ต้องมีการสมทบงบประมาณได้ตามเกณฑ์

4.3) มีแผนงาน/โครงการรองรับกิจกรรมครบทั้ง 4 ประเภท

4.4) มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินที่ สปสช. กำหนดในแต่ละปี

5) ผลลัพธ์การดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จะต้องมีการดำเนินงาน ดังนี้

5.1) มีการประชุมอย่างน้อยควรทุก 2 เดือนต่อครั้ง

5.2) มีการทำรายงานการเงินผ่านโปรแกรมกองทุนตำบลทุกไตรมาสและ ประจำปี

5.3) มีการทำข้อมูลและแผนสุขภาพชุมชน/หมู่บ้านและกิจกรรมครบทั้ง 4 ประเภท

5.4) มีการสมทบงบประมาณของท้องถิ่นตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.3.2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่ที่บริหารจัดการระดับเขต

จำนวนเงินที่เหลือจากการจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (อย่างน้อยจำนวน 17.40 บาทต่อประชากรไทยทุกคน) มีขั้นตอนการจัดสรรและจ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงิน global budget ระดับเขต ซึ่งคำนวณตามจำนวนประชากรและตามปริมาณกิจกรรม 2 กิจกรรม (การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) พร้อมเงื่อนไข หลักเกณฑ์การจ่ายให้ สปสช.เขตทราบภายในเดือนตุลาคม 2555

2) สปสช.เขต กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน global budget โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ให้แล้วเสร็จอย่างช้าภายในเดือนธันวาคม 2555 โดยอย่างน้อย

2.1) ต้องมีแผนงาน/โครงการพร้อมเป้าหมายระดับจังหวัด

2.2) มีการกำหนดขั้นตอนการจัดบริการ การดำเนินงาน และการจ่ายการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3) กรณีสปสช.เขตสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานพยาบาล หน่วยงานและองค์กรอื่น หากต้องพัฒนาและจัดทำโครงการ อย่างช้าต้องแล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน 2556

4) สปสช.จะโอนเงินให้หน่วยงาน ตามที่สปสช.เขตแจ้ง

5) ขอบเขตบริการมีดังนี้ เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่หรือตามนโยบายสำคัญ (ของรัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุข/สปสช.) บริการที่ต้องมีการบริหารจัดการในภาพรวมระดับเขตหรือจังหวัดรวมถึงการตามจ่ายค่าบริการแทนหน่วยบริการ (การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอื่นๆ อาทิ การตามจ่ายระหว่างหน่วยบริการ(ถ้าหากมี)หรือระหว่างจังหวัด การตรวจคัดกรองต่อกระเจก) และ/หรือจ่ายเพื่อจูงใจให้เกิดการบริการที่เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพผลงานบริการ ไม่รวมถึงการจ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

6) สำหรับกิจกรรมที่ห้ามดำเนินการ ได้แก่ การศึกษาดูงาน, การจัดซื้อ/จัดหาที่ดินสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ และห้ามใช้จ่ายตามประกาศประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารเงินกองทุนของสำนักงานสาขาจังหวัด พ.ศ.2554

7) กรณีพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบของ สปสช.

3.4 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

3.4.1 สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยงาน/องค์กร ส่งผลผลิตผลลัพธ์ตามที่ตกลง รายงานผลการดำเนินงานต่อที่ประชุม สปสช.และส่งรายงานผลการดำเนินการเมื่อสิ้นสุดแผนงานหรือปีงบประมาณ

3.4.2 สปสช./สปสช.เขต กำกับ ติดตามและลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม

4. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่ายังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบ กลไก การจัดการ ปรับปรุงการจัดบริการ การจัดการข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการกำกับติดตามและประเมินผล นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการเพื่อรองรับบริการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจัดให้มีงบประมาณสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.1 วัตถุประสงค์

4.1.1 เพื่อกำกับ ติดตามและประเมินผล และมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

4.1.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบ กลไก การจัดการ การจัดบริการ และศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งระดับหน่วยบริการ/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ

4.2 กรอบการบริหารจัดการ

จำนวน 7.68 บาทต่อประชากรไทยทุกคน โดยบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ เพื่อกำกับติดตามและประเมินผล และมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลการบริการทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการ ด้านศักยภาพ

บุคลากร ด้านการบริการ ด้านการบริหารจัดการ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและภาคประชาชน และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน สปสช. กำหนดแบ่งการบริหารค่าใช้จ่ายเป็น 2 ส่วน คือ

4.2.1 จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จัดสรรเป็น global budget ระดับเขตและบริหารจัดการระดับเขต เพื่อจัดสรรให้ หน่วยบริการ/สถานพยาบาล หน่วยงาน องค์กรและภาคประชาชน สปสช.สาขาจังหวัด และสปสช.เขต ในการดำเนินการ โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

4.2.2 จำนวนที่เหลือบริหารจัดการและดำเนินการระดับประเทศ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยทำสัญญา/ข้อตกลงกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน สถาบันการศึกษาและภาคประชาชนให้ดำเนินการ

4.3 แนวทางการสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

4.3.1 สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงิน global budget ระดับเขต ให้ สปสช.เขตทราบไม่เกินเดือน ตุลาคม 2555

4.3.2 สปสช.เขต กำหนดแนวทางการจ่ายพร้อมเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. เพื่อจัดสรรให้ สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยบริการ/สถานพยาบาล หน่วยงาน องค์กรอื่นและภาคประชาชน ให้แล้วเสร็จอย่างช้าไม่เกินเดือนธันวาคม 2555

4.3.3 การพัฒนาและจัดทำแผนงาน/โครงการอย่างช้าต้องแล้วเสร็จไม่เกินเดือน มิถุนายน 2556

4.3.4 สปสช.จะโอนเงินเข้าบัญชีของแต่ละหน่วยงานตามที่ สปสช.เขตแจ้ง

4.3.5 การจัดสรรค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ สปสช.สาขาจังหวัด ให้บูรณาการไปกับค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของ บริการปฐมภูมิ บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ บริการการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และการดำเนินงานพัฒนาบริการปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน การแพทย์แผนไทย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การควบคุม ป้องกันและรักษา โรคเรื้อรัง และอื่นๆ ตามความจำเป็นของพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไข หลักเกณฑ์ที่ตกลงกับสปสช.เขต

4.4 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

4.4.1 สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยงาน/องค์กร ส่งผลผลิตผลลัพธ์ตามที่ตกลง รายงานผลการดำเนินงานต่อที่ประชุม สปสช. และส่งรายงานผลการดำเนินการเมื่อสิ้นสุดแผนงานหรือปีงบประมาณ

4.4.2 สปสช./สปสช.เขต นิเทศติดตามและกำกับตามแผนงาน/โครงการของสปสช. สาขาจังหวัดและหน่วยงาน

5. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

จำนวน 16.60 บาทต่อประชากรไทยทุกคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปสำหรับคนไทยทุกคน โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา เด็กปฐมวัย และกลุ่มหญิงมีครรภ์ โดยรายละเอียดการบริหารจัดการสามารถอ่านได้จากหัวข้อ “การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์”

6. ทิศทางการบริหารจัดการและจัดสรรค่าใช้จ่าย

การบริหารจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะ 3 ปีข้างหน้า ในระดับจังหวัดมุ่งหวังให้ สปสช.สาขาจังหวัดเป็นผู้บริหารจัดการ มีระบบและแผนงานการจัดบริการ มีระบบและการจัดการข้อมูล

การจัดสรรค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้หน่วยบริการประจำและสปสช. สาขาจังหวัดในปีงบประมาณต่อไป สปสช.จะให้ความสำคัญกับการจัดสรรตามปริมาณและคุณภาพผลงานบริการของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น (ใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคลและการสำรวจ) และลดการจัดสรรตามจำนวนประชากรลง

7. บทบาทของหน่วยงานสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

7.1 สปสช.เขต

7.1.1 ชี้แจง ทำความเข้าใจแนวคิด กรอบการบริหารเงิน แนวทางการจัดสรร/กรอบการดำเนินงาน การกำกับ ติดตามและประเมินผลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยบริการ และหน่วยงานอื่นในพื้นที่

7.1.2 บริหารจัดการ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราการจ่าย ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรายการที่กำหนด

7.1.3 ประสานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยบริการ/หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่

7.1.4 นิเทศติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายค่าบริการของ สปสช. สาขาจังหวัด หน่วยบริการ หน่วยงานอื่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

7.1.5 รายงานผลการดำเนินงาน ผลการใช้จ่ายค่าบริการต่อที่ประชุม สปสช. รวมทั้งรายงานสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

7.2 สปสช. สาขาจังหวัด

7.2.1 เป็นหน่วยบริหารจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของจังหวัดรวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนสิทธิอื่น และสำหรับเขตพื้นที่

7.2.2 มีอำนาจในการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการประจำและเครือข่ายในจังหวัดที่โปร่งใสและตรวจสอบได้

7.2.3 จัดทำแผนงาน/โครงการที่บูรณาการหรือแยกเป็นการเฉพาะตามความเหมาะสม ซึ่งครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่รับผิดชอบของจังหวัด

7.2.4 พัฒนาระบบ กลไก การบริหารจัดการ อาทิ

1) มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจนในระดับจังหวัด

2) มีการพัฒนาระบบรายงานและการจัดการข้อมูล ผลการดำเนินงานเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

3) มีการพัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ผลการใช้จ่ายค่าบริการ

7.2.5 พัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการให้มีการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม

7.2.6 รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่ายค่าบริการต่อที่ประชุม สปสช. และนำเสนอรายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดแผนงาน/โครงการหรือสิ้นปีงบประมาณ

7.3 หน่วยบริการประจำและเครือข่าย

7.3.1 จัดทำแผนงาน/โครงการและเป้าหมายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการตามที่ได้ตกลงกับ สปสช.สาขาจังหวัด

7.3.2 ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ทั้งในและนอกหน่วยบริการและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบริการ และจัดส่งข้อมูลตามระบบรายงานและโปรแกรมที่กำหนด

7.3.3 จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้เข้ารับบริการ เพื่อให้สามารถติดตามได้ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือส่งต่อเพื่อการรักษา

7.3.4 กรณีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดย คปสอ. แนวใหม่ที่มีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน

7.3.5 ประสาน ติดตามรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการพร้อมจัดส่งให้ สปสช.สาขาจังหวัดเป็นรายเดือนตามรูปแบบวิธีการที่ สปสช.สาขาจังหวัด กำหนด

8. ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ และทิศทางการจัดสรร

8.1 ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ

8.1.1 มารดาสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ บริการฝากครรภ์และหลังคลอดตามสิทธิประโยชน์และแนวทางการบริการของกรมอนามัย การตรวจคัดกรองที่จำเป็น ได้รับการป้องกันไม่ให้เป็นบุตรที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ไม่ควรมีการเสียชีวิตจากการคลอดและตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8.1.2 เด็กอายุ 0-1 ปี ควรมีน้ำหนักแรกเกิดไม่น้อยกว่า 2500 กรัม ไม่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ได้รับการป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากการพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น การติดตามการเจริญเติบโตและการประเมินระดับพัฒนาการ มีพัฒนาการสมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

8.1.3 เด็กอายุ 1-5 ปี เข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ไม่เป็นโรคโลหิตจาง ธาตุซีซีเมีย การติดตามการเจริญเติบโตและการประเมินระดับพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ มีพัฒนาการสมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

8.1.4 เด็กอายุ 6-12 ปี ที่อยู่ในโรงเรียนเข้าถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น การติดตามการเจริญเติบโต การตรวจสุขภาพและร่างกาย การตรวจวัดสายตาและการได้ยิน โรงเรียนประถมศึกษาได้รับการอนามัยโรงเรียน

8.1.5 เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและมีอัตราการตั้งครรภ์ลดลง

8.1.6 หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามีเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว

8.1.7 ผู้ใหญ่อายุ 30-60 ปี เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีสัดส่วนของการออกกำลังกาย/ออกกำลังกายพอเพียงเพิ่มขึ้น สัดส่วนการกินผักและผลไม้มากขึ้น มีน้ำหนัก(ดัชนีมวลกาย)และหรือรอบเอวที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

8.1.8 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ มีสัดส่วนของการออกกำลังกาย/ออกกำลังกายพอเพียงเพิ่มขึ้น สัดส่วนการกินผักและผลไม้มากขึ้น มีน้ำหนัก(ดัชนีมวลกาย)และหรือรอบเอวที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

6. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และทันตกรรมประดิษฐ์

1. แนวคิด

ปัจจุบันประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุยังมีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงขึ้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและสามารถควบคุมสถานการณ์การเกิดโรคช่องปากในระยะยาว จึงแยกการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันสำหรับกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายหลัก เป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายดูแลรักษาโรคหรือภาวะทันตสุขภาพได้รวมอยู่ในงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยในทั่วไปที่หน่วยบริการได้รับอยู่แล้ว

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อควบคุมสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาโดยบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาทางทันตกรรม

2.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

2.3 เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียม) ได้อย่างทั่วถึง อันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 กรณีทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา (เน้นเด็กนักเรียนชั้น ป.1 โดยจัดบริการทันตกรรมผสมผสาน (Comprehensive care)¹ ส่วนชั้นอื่นให้บริการตามความเหมาะสม) กลุ่มเด็กปฐมวัย และกลุ่มหญิงมีครรภ์

3.2 กรณีทันตกรรมประดิษฐ์ เน้นความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุ

¹ Comprehensive care ได้แก่ การให้บริการทันตกรรมส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ดังนี้

1. การให้บริการทันตกรรมส่งเสริม ได้แก่ ให้คำแนะนำ ส่งเสริมการแปรงฟัน และควบคุมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม
2. การให้บริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ เคลือบหลุมร่องฟันในฟันแท้ซี่ 6 และให้ฟลูออไรด์เสริมที่เหมาะสม
3. การให้บริการทันตกรรมรักษา ได้แก่ การให้บริการอุดฟันแท้ ซี่ 6 และการควบคุมการติดเชื้อและการลุกลามของฟันผุ (control infection and caries progression control) เน้นในฟันน้ำนมซี่ D และ E

4. การอบการบริหารจัดการ

4.1 บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวนเงิน 16.60 บาทต่อประชากรไทยทุกคน กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และไม่เกินร้อยละ 5 เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยมีการบริหารจัดการดังนี้

4.1.1 ค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวนเงิน 15.80 บาทต่อประชากรไทยทุกสิทธิ โดยสปสช.บริหารจัดการเป็น 2 ส่วน คือ

1) ค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด จัดสรรจำนวนเงิน 1.72 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ สปสช.สาขาจังหวัด

2) ค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายหลัก จัดสรรจำนวนเงิน 14.08 บาทต่อประชากรไทยทุกคน จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันแบบเหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมจัดบริการ

4.1.2 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวนเงิน 0.80 บาทต่อประชากรไทยทุกคน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยการจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

4.2 บริการทันตกรรมประดิษฐ์(ฟันเทียม) สปสช. บริหารรวมกับรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) ใช้หลักเกณฑ์การจ่ายเช่นเดียวกัน และบริหารโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้อย่างทั่วถึง

5.แนวทางสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

5.1 ค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

5.1.1 ค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุนการจัดบริการระดับจังหวัด

1) แนวทางการจัดสรร/ การโอนค่าใช้จ่าย

1.1) จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว จำนวน 1.72 บาทต่อประชากรไทยทุกคนให้กับ สปสช.สาขาจังหวัด เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันสำหรับรายบุคคลและครอบครัวตามแผนงาน/โครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดตามยุทธศาสตร์ระดับประเทศและจังหวัด สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยแจ้งวงเงินการจัดสรรแก่ สปสช.สาขาจังหวัด ผ่าน สปสช.เขต

1.2) การพัฒนาแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด และพิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการโดยคณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขตที่ได้รับแต่งตั้งจาก สปสช.

1.3) สปสช.เขต แจ้งแผนงาน/โครงการและยืนยันวงเงินที่จะจัดสรรของแต่ละ สปสช. สาขาจังหวัดให้ สปสช. เพื่อโอนงบประมาณ

1.4) สปสช.จะโอนค่าใช้จ่ายให้กับ สปสช.สาขาจังหวัด เมื่อ สปสช.เขต แจ้งยืนยันวงเงินที่จะจัดสรรของแต่ละจังหวัด

1.5) สปสช.เขตกำกับติดตาม ประเมินผลและรวบรวมรายงาน ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากจาก สปสช.สาขาจังหวัดและรายงาน สปสช.

1.6) การจัดสรรค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุนการจัดบริการระดับจังหวัด ในปีงบประมาณถัดไปจะพิจารณาตามผลงาน คือ แผนงาน/โครงการระดับจังหวัดมีการใช้จ่ายค่าบริการเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเป็นไปตามวัตถุประสงค์

2) ขอบเขตกิจกรรม

งบค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุนการจัดบริการระดับจังหวัดเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันสำหรับรายบุคคลและครอบครัวที่บริหารจัดการระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน มีขอบเขตโดยสังเขปดังนี้

2.1) จัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่หรือตาม ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากระดับจังหวัดและระดับประเทศ

2.2) จัดบริการร่วมระดับจังหวัดซึ่งหน่วยบริการไม่สามารถจัดบริการได้ด้วย ตนเองหรืออาจจัดบริการไม่ได้ผลดี

2.3) จัดบริการเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายที่ขาดแคลนบริการหรือ ยังเข้าถึงไม่บริการ

2.4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคเอกชน ชุมชนและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการ

2.5) จัดบริการเสริมเพิ่มเติมในกลุ่มเป้าหมายอื่น ได้แก่ กลุ่มเยาวชน (มัธยม ศึกษาขึ้นไป) วัยทำงานและกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้พิการ หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นต้น

2.6) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแก่หน่วยบริการที่สามารถดำเนินการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากได้ผลตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพช่องปากระดับจังหวัดกำหนด

ทั้งนี้แผนงาน/โครงการข้างต้นต้องไม่ซ้ำซ้อนกับแผนงาน/โครงการสร้างเสริม สุขภาพช่องปากของหน่วยบริการประจำ

เนื่องจากค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับ จังหวัด เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ จึงห้ามจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการพัฒนาระบบ กลไก สารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการและบุคลากร การนิเทศติดตาม การประชุม คณะทำงานและการศึกษาดูงานและขอห้ามใช้จ่ายตามที่ระบุในประกาศสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารเงินกองทุนของสำนักงานสาขาจังหวัด พ.ศ.2554

3) ขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	กำหนดเวลา
สปสช.แจ้งจัดสรรวงเงินตามรายหัวประชากรทุกสิทธิ (ระดับจังหวัด) แก่ สปสช. สาขาจังหวัด ผ่าน สปสช.เขต	ตุลาคม 2555
สปสช. สาขาจังหวัดจัดทำแผนงาน/โครงการ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดทั้งนี้ควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ และองค์กรอื่น	พฤศจิกายน - ธันวาคม 2555
สปสช. สาขาจังหวัดส่งแผนงาน/โครงการให้คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขต พิจารณา	ธันวาคม 2555
สปสช.เขต แจ้งแผนงาน /โครงการ และยืนยันวงเงินที่จะจัดสรรของแต่ละจังหวัดให้ สปสช. โดยกองทุนทันตกรรมเพื่อโอนงบประมาณ	ธันวาคม 2555
สปสช. โอนงบประมาณ ตรงไปที่ สปสช.สาขาจังหวัด	มกราคม 2556

5.1.2 ค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายหลักระดับหน่วยบริการประจำ

1) แนวทางการจัดสรร/การโอนค่าใช้จ่าย

1.1) จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 14.08 บาทต่อประชากรไทยทุกสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ สปสช.แจ้งวงเงินผ่าน สปสช.เขต และให้ สปสช.สาขาจังหวัดพิจารณาปรับเกลียวเงินและตกลงเป้าหมาย/ผลงานกับหน่วยบริการประจำ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันสำหรับรายบุคคลและครอบครัวตามแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากทันตกรรมป้องกัน โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา เด็กปฐมวัย หญิงตั้งครรภ์ ในการดำเนินงานจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันแก่กลุ่มเป้าหมายควรบูรณาการไปกับการดูแลรักษาทันตกรรม (ซึ่งค่าใช้จ่ายได้รวมอยู่ในงบอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปที่หน่วยบริการได้รับอยู่แล้ว) และบูรณาการกับงานอนามัยโรงเรียนสำหรับกลุ่มเป้าหมายเด็กนักเรียน

1.2) การจัดทำแผนงาน/โครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายหลักให้ดำเนินการจัดทำ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของ รพ.สต.(สถานีอนามัย) ในพื้นที่ /องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคประชาชน/ทันตบุคลากร

1.3) ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.ใหม่) ที่มีการเพิ่มองค์ประกอบผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและทันตบุคลากร

บริหารจัดการค่าใช้จ่ายและจัดทำแผนเสนอคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก ระดับจังหวัดพิจารณาอนุมัติ

1.4) สปสช.จะโอนค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันให้กับหน่วยบริการประจำเมื่อ สปสช.สาขาจังหวัดแจ้งยืนยันวงเงินที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการประจำผ่าน สปสช.เขต

1.5) การจัดสรรค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้กับหน่วยบริการในปีงบประมาณถัดไปจะพิจารณาตามผลงาน คือ หน่วยบริการมีการรายงานข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานให้บริการทันตกรรม ตามตัวชี้วัด และตามระยะเวลาที่กำหนด

2) ขอบเขตกิจกรรม

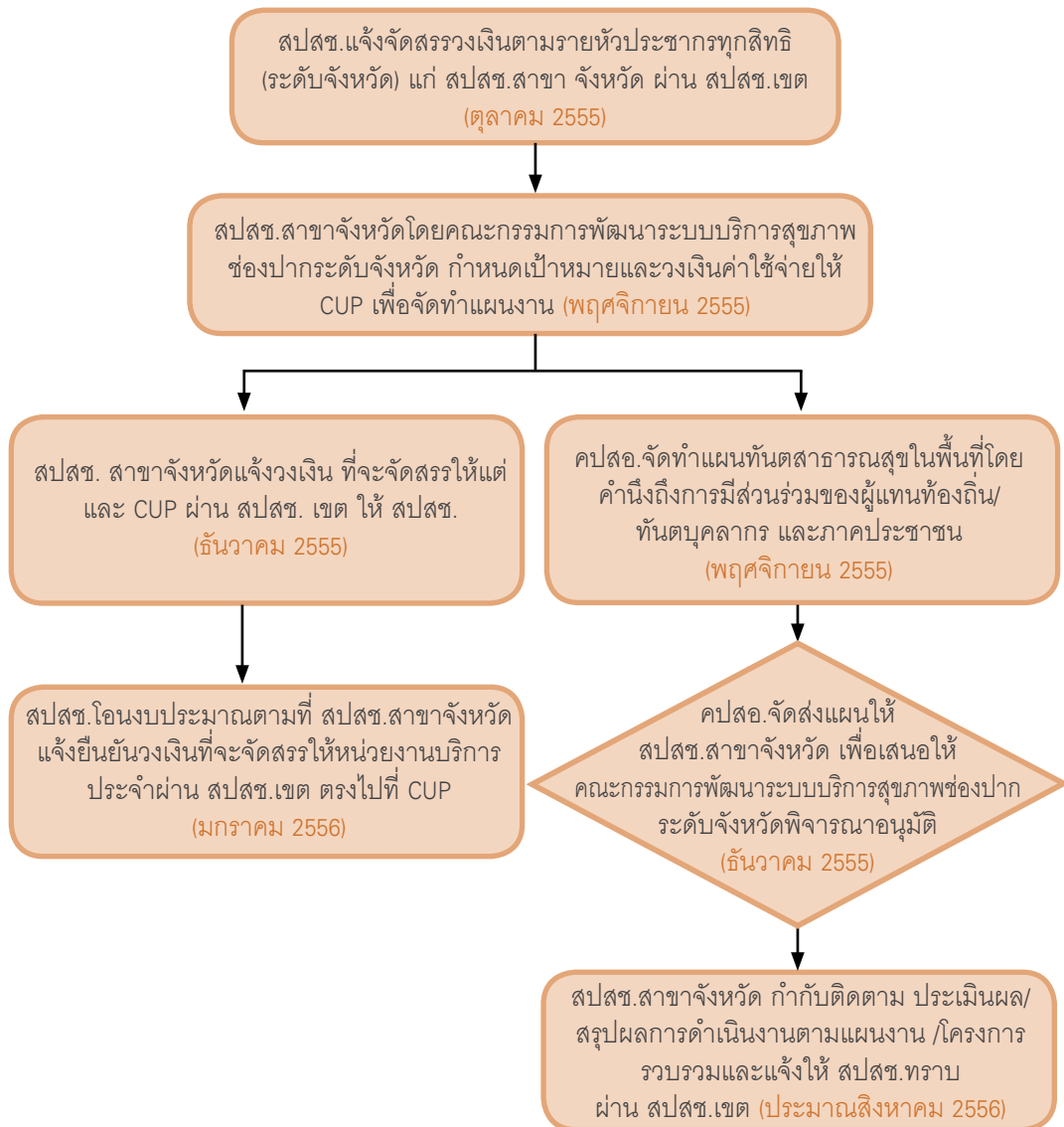
2.1) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันในเด็กประถมศึกษาตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเน้นการจัดบริการทันตกรรมแบบผสมผสานในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1

2.2) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ตามชุดสิทธิประโยชน์

2.3) ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)/รพ.สต./องค์กรอื่นๆ เสนอแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่จะดำเนินการแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเป็นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่

2.4) ค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกันที่หน่วยบริการประจำได้รับเข้าเป็นเงินบำรุง การใช้จ่ายเป็นไปตามระเบียบเงินบำรุงกระทรวงสาธารณสุข

3) ขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้



กรณีเขตบริการสาธารณสุขนำร่อง (เขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร) สามารถกำหนดเป็นอย่างอื่นได้ แต่แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.และเป็นค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและมีรายงานข้อมูล ผลการดำเนินงานตามที่ สปสช.กำหนด

5.2 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

ค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการจะจัดสรรให้แก่ สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยงานองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินงานของ สปสช./สปสช.เขต เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไกการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการและบุคลากร การพัฒนา สารสนเทศ การสื่อสารความเสี่ยงและให้การศึกษา การพัฒนานวัตกรรม การกำกับติดตามและ ประเมินผล ให้สามารถดำเนินงานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดสรรค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน แก่สปสช.สาขาจังหวัดให้บูรณาการไปพร้อมกับการจัดสรรค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัด บริการปฐมภูมิ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ เกิดการบูรณาการในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และการดำเนินงานพัฒนาบริการปฐมภูมิ การ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน การแพทย์แผนไทย การฟื้นฟู สมรรถภาพด้านการแพทย์ การควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง และอื่นๆ ตามความจำเป็น ของพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไข หลักเกณฑ์ที่ตกลงกับสปสช.เขต ทั้งนี้การพัฒนาแผนงาน/โครงการต้อง แล้วเสร็จอย่างช้าไม่เกินเดือนมิถุนายน 2556 สปสช.จะโอนเงินให้ สปสช.สาขาจังหวัดและ หน่วยงานอื่นตามที่ สปสช.เขต กำหนด

5.3 ค่าใช้จ่ายทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียม)

5.3.1 แนวทางการชดเชย

บริการทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียม) สปสช.บริหารร่วมกับรายการอุปกรณ์และอวัยวะ เทียมในการบำบัดโรค (Instruments) ใช้หลักเกณฑ์การจ่ายเช่นเดียวกัน เพื่อเป็นค่าชดเชยบริการ ให้แก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ได้ให้บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เท่าที่ทันตแพทย์เห็นจำเป็น โดยเน้นการให้บริการในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามรายการ ที่ระบุในบัญชีประเภทและอัตราราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2556

5.3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1) หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟันเทียมตามที่เกิดขึ้นจริง ไม่ เกินราคากลางที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

2) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยโปรแกรม E-Claim โดยการบันทึกต้องระบุรหัสอุปกรณ์เพิ่มเติมตามที่ให้บริการจริงตามบัญชีประเภทและอัตราราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเพิ่มเติมในการบำบัดรักษาโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2556 ส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

3) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการตามราคาที่หน่วยบริการเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคากลางของแต่ละรายการตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2556 ทั้งการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือกรณีผู้ป่วยใน

4) สปสช. ทำการตัดข้อมูลตามรอบที่กำหนด พร้อมทั้ง พิจารณาตรวจสอบและออกรายงานการจ่ายเงินจริงให้หน่วยบริการทราบทาง www.nhso.go.th/acc

ในกรณีที่หน่วยบริการต้องการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยบริการเพิ่มเติมให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย ตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2556

6. ตัวชี้วัดและการติดตามประเมินผล

6.1 ตัวชี้วัด

6.1.1 ตัวชี้วัดกระบวนการ

1) ตัวชี้วัดกระบวนการระดับจังหวัด

1.1) มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี

1.2) มีระบบการจัดเก็บและฐานข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพในภาพรวมของระดับจังหวัด

2) ตัวชี้วัดกระบวนการระดับอำเภอ

2.1) มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอที่ประกอบด้วยทันตบุคลากร ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนภาคประชาชน

2.2) มีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี

3) ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ สรุปและรวบรวมผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ และส่งให้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับ

จังหวัดเพื่อรวบรวมเอกสารสรุปผลการดำเนินงานของจังหวัดทั้งหมดส่งให้ สปสช.เขตเพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระบวนการให้สปสช. ภายในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2556 โดยประเด็นในการจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน มีดังนี้

3.1) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

- (1) สรุปย่อรายละเอียด/ผลลัพธ์ ของแผนงาน/โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด
- (2) รายงานการประชุม ในแต่ละครั้งที่มีการพิจารณาและติดตามงานแผนดำเนินงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด
- (3) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

3.2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

- (1) สรุปย่อรายละเอียด/ผลลัพธ์ ของโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่
- (2) รายงานการประชุม ในแต่ละครั้งที่มีการพิจารณาและติดตามงานแผนดำเนินงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่
- (3) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยทันตบุคลากร ผู้แทนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

6.1.2 ตัวชี้วัดผลผลิต

- 1) เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ในพื้นที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในปีการศึกษา 2556 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- 2) เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการบริการทันตกรรมผสมผสาน (comprehensive care) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- 3) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม 45,000 คนต่อปี

ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณในแต่ละตัวชี้วัดสามารถยืดหยุ่นได้ตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.สาขาจังหวัดและสปสช.เขต ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่าเป้าหมายที่เคยทำได้ในปีงบประมาณ 2555 นอกจากนี้ สปสช.สาขาจังหวัดยังสามารถกำหนดตัวชี้วัดของจังหวัดเองได้ อาทิ ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปีเข้าถึงกิจกรรมหรือบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละของเด็กปฐมวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก การมีโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างน้อยหน่วยบริการละ 1 โครงการ

อนึ่ง ผลงานตามตัวชี้วัดผลผลิตที่ 1 และ 2 จะนำไปเป็นส่วนหนึ่งของน้ำหนักในการจัดสรรค่าใช้จ่ายลงสู่จังหวัดและหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งจะเพิ่มเติมการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละเด็ก ป.1 ไม่มีฟันแท้ผุ ร้อยละเด็ก ป.6 ปราศจากฟันผุ เป็นต้น

6.2 การติดตามและประเมินผล

- 6.2.1 การเยี่ยมติดตาม
- 6.2.2 การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลพินิจจากฐานข้อมูลโปรแกรม E-claim
- 6.2.3 รายงานผลการให้บริการทันตกรรมในเด็กนักเรียนชั้นป.1 ผ่านโปรแกรมยิ้มสดใส
- 6.2.4 รายงานผลการดำเนินงานตัวกระบวนการในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เป็นไปตามแบบบันทึกที่ สปสช. กำหนด
- 6.2.5 ขั้นตอนและระยะเวลาในการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสปสช. ดังนี้

ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลาส่งงาน
1 ตัวชี้วัดกระบวนการ	คปสอ.ส่งผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระบวนการให้กับ สปสช.สาขาจังหวัด (ผลการดำเนินงาน 9 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2555 – มิถุนายน 2556)	ภายใน 31 ก.ค.2556
	สปสช.สาขาจังหวัดรวบรวมข้อมูลทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ และรายงานผลการดำเนินงานให้กับ สปสช.เขต	ภายใน 15 ส.ค.2556
	สปสช.เขต ส่งข้อมูลให้ สปสช.	ภายใน 30 ส.ค.2556
2 ตัวชี้วัดผลผลิต	หน่วยบริการรายงานข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในนักเรียนชั้น ป.1 ผ่าน โปรแกรมยิ้มสดใส ดังนี้ ปีการศึกษา 2555 ส่งรายงานภายในเดือนมีนาคม 2556 ปีการศึกษา 2556 ส่งรายงานภายในเดือนมีนาคม 2557	
	สปสช.สาขาจังหวัดรวบรวมข้อมูล และรายงานผลการให้บริการทันตกรรมในนักเรียนป.1 ให้กับสำนักทันตฯ กรมอนามัย (ตามระบบการส่งรายงานแบบเดิม)	ภายใน 30 เม.ย.2556
	สำนักทันตฯ กรมอนามัย ประมวลผลการให้บริการตามตัวชี้วัดผลผลิตและจัดส่งรายงานให้ สปสช.	ภายใน 31 พ.ค.2556
	กรณีมีตัวชี้วัดเพิ่มเติมจากจังหวัด	
	สปสช.สาขาจังหวัดเป็นผู้จัดทำรายงานด้วยตนเอง	ภายใน ส.ค.2556

7.บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.1 สปสช.

7.1.1 ขับเคลื่อนและประสานนโยบายในระดับประเทศกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.1.2 ชี้แจงทำความเข้าใจหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการ และหน่วยงานในพื้นที่

7.1.3 บริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ระวังให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในรูปแบบคณะกรรมการ

7.1.4 สนับสนุนให้พื้นที่สามารถดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.1.5 ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

7.1.6 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

7.1.7 กำกับ ติดตามและสนับสนุนให้ สปสช.สาขาจังหวัด กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ รวมถึงหน่วยบริการ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 สปสช.เขต

7.2.1 จัดให้มีคณะกรรมการ/คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขต โดยเป็นกลไกที่จัดตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ติดตามและประเมินผลการบริหารงานบริการทันตกรรมของทุกจังหวัดในเขต

7.2.2 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมายและงบประมาณบริการทันตกรรมในระดับจังหวัด

7.2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยบริการในพื้นที่

7.2.4 ผลักดัน สนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานของจังหวัด/หน่วยบริการและเครือข่าย

7.2.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก สำหรับแผนงาน/โครงการ ในระดับจังหวัดและหน่วยบริการ และรายงานให้ สปสช. ทราบ

7.2.6 ประเมินภาพรวมผลการดำเนินงานระดับจังหวัด พร้อมจัดส่งแก่ สปสช.

7.3 สปสช.สาขาจังหวัด

7.3.1 จัดให้มีคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัดรับผิดชอบ (ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด) โดยมีทันตแพทย์ หรือทันตบุคลากร หรือผู้ที่เหมาะสมเป็นผู้จัดการระบบบริหารจัดการงานบริการทันตสาธารณสุข เพื่อประสาน เชื่อมโยง ผลักดันการปฏิบัติ

7.3.2 กำหนดทิศทางและนโยบายการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด

7.3.3 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมายและค่าบริการทันตกรรม ส่งเสริมป้องกันของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในจังหวัด

7.3.4 การสนับสนุน/ผลักดันหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการเครือข่าย ให้สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด

7.3.5 พัฒนาระบบ กลไก การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน เพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล รวมทั้งผลการใช้จ่ายงบประมาณภายในจังหวัด

7.3.6 วิเคราะห์ข้อมูลผลงาน เพื่อใช้ประโยชน์ด้านการจัดทำแผนเชิงบูรณาการงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด

7.3.7 รณรงค์ประชาสัมพันธ์/สร้างกระแส เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่

7.3.8 สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย เช่น หน่วยบริการภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการทันตสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่

7.3.9 ประสานติดตามและรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบ วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน พร้อมจัดส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ตามรูปแบบ/วิธีการที่คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขต กำหนด

7.4 หน่วยบริการ

7.4.1 รวบรวมข้อมูล/เป้าหมายการดำเนินงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับกลุ่มเป้าหมายหลัก (เด็กปฐมวัย เด็กประถมศึกษา (เน้นกลุ่มเด็ก ป.1) หญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุ) และจัดทำแผนงาน/โครงการสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายอื่น

7.4.2 ให้บริการทันตกรรมตามแผนงานที่กำหนด และรายงานข้อมูลบริการเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการจัดบริการ และส่งข้อมูลตามระบบรายงานและโปรแกรมที่กำหนด

7.4.3 พัฒนา/สนับสนุนศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

7.4.4 ประสานเชื่อมโยงชุมชนเพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เพื่อการดูแลประชาชนในชุมชนได้อย่างทั่วถึง

7.4.5 ประสานติดตามและรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบ วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน พร้อมจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามรูปแบบ/วิธีการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด

7.5 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

7.5.1 วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งด้านสถานะทันตสุขภาพ ทรัพยากร กำลังคน ทั้งภายในและ

ในพื้นที่โดยการประสานกับหน่วยบริการและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อวางแผนงานการดำเนินงาน

7.5.2 จัดทำแผนงาน สร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับอำเภอโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้แทนท้องถิ่น/ ทันตบุคลากร และภาคประชาสังคม

7.5.3 นิเทศติดตาม ให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน

7.5.4 ประเมินผล เพื่อรายงานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดตามรูปแบบ/วิธีการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด

7.6 คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขต

7.6.1 กำหนดทิศทางและนโยบายการจัดบริการสุขภาพช่องปาก และกรอบบริหารงบประมาณรวมทั้งจัดทำแผนสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7.6.2 พิจารณาและอนุมัติแผนงาน/ โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด ตามแนวทางการดำเนินงานของสปสช.

7.6.3 ติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ในระดับจังหวัดและหน่วยบริการให้ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ทราบ

7.6.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ภาคประชาคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานพัฒนางานทันตสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ

7.6.5 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มอบหมาย

ทั้งนี้ คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับ สปสช.เขต มีองค์ประกอบดังนี้

1) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตหรือผู้แทน เป็นประธานคณะทำงาน

2) ทันตแพทย์ หรือทันตบุคลากร หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (จังหวัดละ 1 ท่าน)

3) ผู้แทนหน่วยงานวิชาการ/หน่วยงานอื่นในพื้นที่/ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามความเหมาะสมแต่ละเขต

4) เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทำหน้าที่คณะทำงานและเลขานุการ

7. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

1. กรอบแนวคิด

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการว่าเป็นกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในปี 2546-2552 ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับคนพิการให้สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึง

ในปี 2553 ถึงปัจจุบัน ได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยการสนับสนุนงบประมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการและกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระบบบริการสาธารณสุข ในชุมชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ อีกทั้งภาคีอื่นๆ ในพื้นที่มากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 ให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

2.2 ให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

2.3 ให้หน่วยบริการและภาคีอื่น พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ รวมทั้งจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ให้องค์กรคนพิการ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรวมกลุ่มเกิดความเข้มแข็ง สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการ ท้องถิ่นและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการด้วยกันเอง

2.5 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกันในชุมชน

3. กลุ่มเป้าหมาย

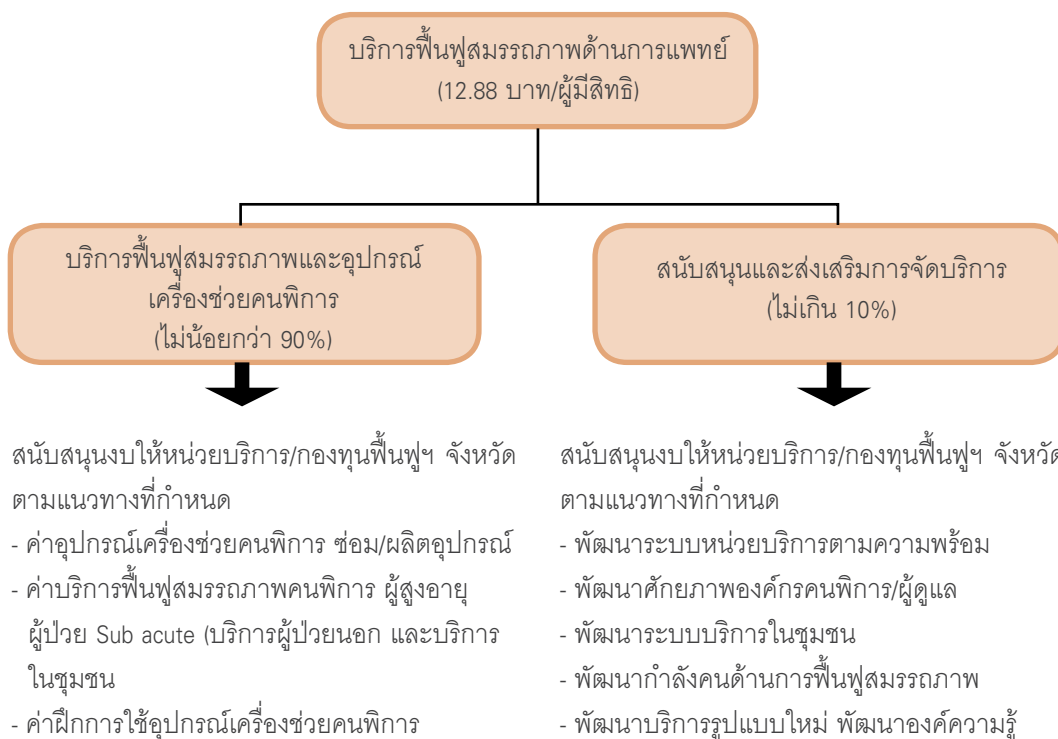
กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มคนพิการ ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.74)
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

สปสช. มีนโยบายการบริหารจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยมุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการ การดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นหรือจังหวัด ในลักษณะของกองทุนร่วม (Matching Fund) ระดับจังหวัด เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะฟื้นฟูในชุมชนได้รับบริการการดูแลและช่วยเหลือครอบคลุมในทุกมิติ โดยกำหนดงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในอัตรา 12.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 48,445 ล้านคน โดยมีกรอบการบริหารค่าใช้จ่าย (ตามแผนภาพที่ 4) ดังนี้

แผนภาพที่ 4 กรอบการบริหารจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2556



4.1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด เป็น ค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จ่ายตามเงื่อนไขบริการหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด โดยครอบคลุม

4.1.1 ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ค่าซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วย/อุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลง เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.1.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยนอก

4.1.3 ค่าฝึกใช้อุปกรณ์ไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอดตามแผนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการมองเห็น ด้านการฝึกทักษะการทำ ความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) สำหรับคนตาบอดและอุปกรณ์อื่นตามความจำเป็น

4.1.4 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

4.2 ไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด ใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการองค์กรคนพิการและภาคอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น การสนับสนุนเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยครอบคลุม

4.2.1 การพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของหน่วยบริการตามความพร้อม

4.2.2 การพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการและผู้ดูแลให้สามารถดูแลสุขภาพช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งช่วยเหลือกันเองในกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ

4.2.3 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community base rehabilitation)

4.2.4 การพัฒนากำลังคนด้านการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2.5 การพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ (Model development) และการพัฒนาองค์ความรู้

ทั้งนี้ ให้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อมโดยได้รับงบประมาณจำนวนหนึ่ง จากงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากงบประมาณสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในสัดส่วนที่เท่ากัน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ.2554

ในปีงบประมาณ 2556 ให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการรับส่งผู้ทุพพลภาพไปกลับหน่วยบริการ โดยการบริหารจัดการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามความเหมาะสมและภายใต้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. กรอบการบริหารจัดการ

5.1 สปสช. กำหนดสัดส่วนการจัดสรรเงิน ดังนี้

5.1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด ให้บริหารจัดการ ดังนี้

- 1) จำนวนร้อยละ 90 บริหารจัดการระดับเขต
- 2) จำนวนร้อยละ 10 บริหารจัดการระดับประเทศ

5.1.2 เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด ให้บริหารจัดการ ดังนี้

- 1) จำนวนร้อยละ 90 บริหารจัดการระดับเขต
- 2) จำนวนร้อยละ 10 บริหารจัดการระดับประเทศ

5.2 การบริหารจัดการระดับเขต ให้คำนวณจัดสรรงบประมาณให้แก่ สปสช. เขต ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียน (ท.74) ในแต่ละ สปสช.เขต ในสัดส่วนร้อยละ 50 : 50

5.3 กรณีมีเงินเหลือจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือเงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการให้มีการปรับเปลี่ยนได้

5.3.1 การบริหารจัดการระดับประเทศ ภายใต้ความเห็นชอบของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้ที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายให้ปฏิบัติงานแทน

5.3.2 การบริหารจัดการระดับเขต ภายใต้ความเห็นชอบของผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

6. แนวทางการสนับสนุน

กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินกองทุนให้กับหน่วยบริการ ในลักษณะจ่ายตามผลงานภายในกรอบวงเงิน (global budget) ที่ได้รับจัดสรร ดังนี้

6.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

6.1.1 แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการระดับเขต

ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

1.1) สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ ตามจำนวนเป้าหมายในแต่ละเขต ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร จ่ายตามรายการที่หน่วยบริการจัดหาจริงแต่ไม่เกินราคาที่หน่วยบริการจัดซื้อบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี (ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549) และไม่เกินเพดานราคากลางของรายการอุปกรณ์ที่ สปสช.ประกาศกำหนด (ภาคผนวก 6.1) หรือรายการอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต/คณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ เขต

ในปีงบประมาณ 2556 กำหนดวงเงินสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังร้อยละ 10 ของบอุปกรณ์ฯ ที่สปสช.เขต ได้รับจัดสรร ทั้งนี้หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการเครื่องช่วยฟังให้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟัง ที่สปสช.กำหนด (ภาคผนวก 6.7) โดยส่งเอกสารแจ้งความจำนงค์ให้บริการเครื่องช่วยฟังไปที่ สปสช.เขต ภายในเดือนกันยายน 2555 สปสช.เขต ตรวจสอบประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ ภายในเดือนตุลาคม 2555 และรายงานผลการตรวจประเมินให้หน่วยบริการทราบภายในเดือนพฤศจิกายน 2555

1.2) การสนับสนุนการจัดบริการซ่อม/ผลิตกายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและอุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงสำหรับคนพิการ กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากบอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ องค์กรคนพิการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตอุปกรณ์ ประยุกต์ดัดแปลง เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับคนพิการ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการและการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้ ตามความพร้อมของหน่วยบริการ องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีหน่วยงาน/องค์กร จัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับหน่วยบริการ กรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการเพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการ ตามรายการที่กำหนดใน ภาคผนวก 6.2 (กรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับเขตแล้ว) สำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในเงื่อนไขการให้บริการสาธารณสุขจากงบเหมาจ่ายรายหัวเดิม สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม จากงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร (เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก)

3) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ตามรายการที่กำหนด (ภาคผนวก 6.2)

4) การสนับสนุนการฝึกใช้อุปกรณ์/การฝึกอบรมทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) สำหรับคนตาบอด กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการและองค์กรที่ร่วมดำเนินงานจัดบริการฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นให้กับคนพิการตามเป้าหมายที่กำหนดในปี 2556 ดังนี้ ค่าฝึกใช้อุปกรณ์และฝึกทักษะความคุ้นเคยฯ (O&M) รายละ 9,000 บาท ทั้งนี้ สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดศูนย์บริการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา ตามความจำเป็นของพื้นที่ภายในวงเงินที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร (รายละเอียดตาม ภาคผนวก 6.3) และสามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดบริการการฝึกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้การพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต/คณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ เขต

แนวทางการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพละอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการระดับเขต กำหนดการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ เป็น 3 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จัดสรรล่วงหน้า ร้อยละ 50 ภายในเดือนพฤศจิกายน 2555 โดยประมาณการจากผลงานการให้บริการ 9 เดือน ในปีที่ผ่านมา

งวดที่ 2 จัดสรรจริงตามผลงานการให้บริการ ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2556 (ผลงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึง ธันวาคม 2555)

งวดที่ 3 จัดสรรจริงตามผลงานการให้บริการ ภายในเดือนสิงหาคม 2556 (ผลงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง มิถุนายน 2556 บวกผลงาน 3 เดือนสุดท้ายของปี 2555 (กรกฎาคม 2555 ถึง กันยายน 2555)

การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยที่สนับสนุนให้คนพิการรวมทั้งรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน 7 รายการ (รหัส 2501, 2502, 8801, 8802, 8803, 8804, 8805 ซึ่งเดิมบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E-Claim) ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลรายงานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ

2) ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ต้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล, สิทธิการรักษาพยาบาล, วันที่รับบริการ, รหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9) ทั้งนี้รหัสโรคต้องมีความสัมพันธ์กับรหัสหัตถการ

กรณีให้บริการเครื่องช่วยฟัง รหัสโรค ได้แก่ Z461, H900, H903, H906, และรหัสหัตถการ ได้แก่ 9548 (+21 เฉพาะเด็ก)

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในลักษณะจัดสรรล่วงหน้าตามผลงานในรอบปีที่ผ่านมา (ภายในกรอบวงเงินและการพิจารณาจัดสรรของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต/คณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ เขต) ให้กับหน่วยบริการที่มีการพัฒนาระบบบริการหรือมีระบบการบริหารจัดการตามเงื่อนไข ดังนี้

ก. มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในและนอกหน่วยบริการ

ข. มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักวิชาชีพด้านงานฟื้นฟูอื่นๆ ในหน่วยบริการ

ค. มีโครงสร้างและงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ชัดเจนโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารและพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพและผู้แทนคนพิการร่วมเป็นกรรมการและมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ

ง. มีผลงานให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดสรรอุปกรณ์แก่คนพิการอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

จ. มีการจัดทำบันทึกข้อมูลคนพิการและรายงานผลการจัดสรรอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่านระบบรายงานที่ สปสช.กำหนด

6.1.2 แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ ของระดับประเทศ

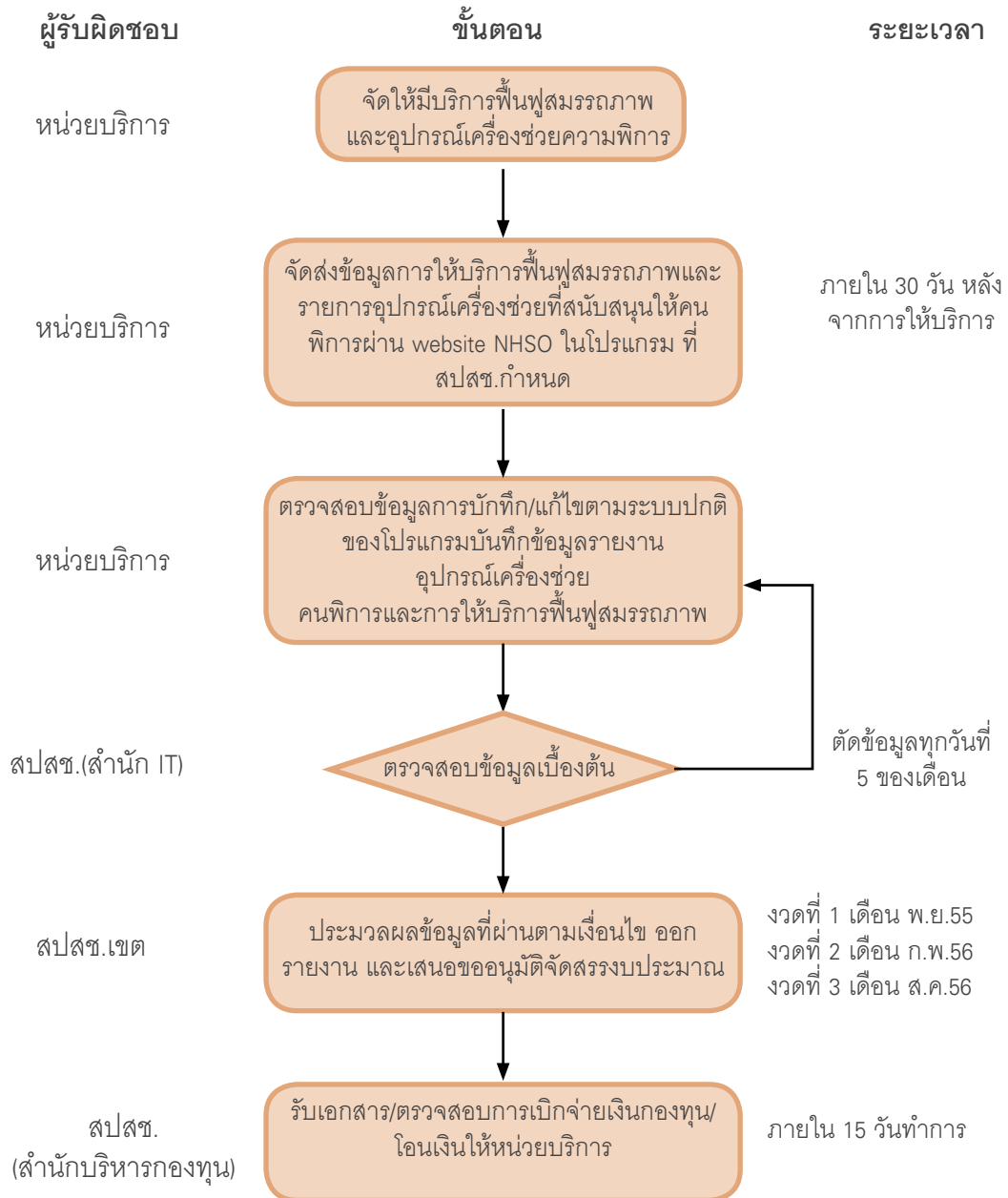
กำหนดให้ สปสช. ดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ช่วยเหลือความพิการ ดังนี้

1) จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ช่วยเหลือความพิการ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพตามผลงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา และจัดสรรให้หน่วยบริการกรณีคนพิการเข้ารับบริการข้ามเขตพื้นที่ตามผลงานการให้บริการ ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร

2) จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (sub acute) กรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชนในเขตนำร่อง

ทั้งนี้ หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในแต่ละประเภทของกิจกรรมนั้น ต้องให้บริการตามแนวทางปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามขอบเขตมาตรฐานของวิชาชีพ ตามประกาศ ระเบียบ และกฎข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้นๆ เช่น สาขากิจกรรมบำบัด สาขากายภาพบำบัด เป็นต้น

ผังขั้นตอนการดำเนินงานโอนเงินจาก สปสช.ถึงหน่วยบริการ



6.2 เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

จะครอบคลุมกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในชุมชน การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนหน่วยบริการ การสนับสนุนองค์กรคนพิการ การเผยแพร่ความรู้ เป็นต้น ทั้งนี้ สปสช. อาจดำเนินการบริหารจัดการเอง หรือมอบหมายให้หน่วยงาน/องค์กรอื่นเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการแทนได้

6.2.1 แนวทางการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูระดับเขต

ให้ สปสช.เขต ดำเนินการสนับสนุนเงิน ให้กับหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ดังนี้

1) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการตามความพร้อม โดยเน้นความต่อเนื่องและพัฒนาต่อยอดจากฐานงานเดิม และนวัตกรรมบริการอื่นๆ โดยกำหนดการสนับสนุนในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการ เพื่อพิจารณาสนับสนุน ตามแนวทางที่กำหนด (ภาคผนวก 6.4)

2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการและอาสาสมัคร ในรูปแบบการเสนอโครงการพัฒนาศักยภาพเพื่อพิจารณาสนับสนุนตามแนวทางที่กำหนด (ภาคผนวก 6.5)

3) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการในชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Rehabilitation) โดยบูรณาการการดำเนินงานและงบประมาณร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการด้านงานฟื้นฟู โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนากำลังคนด้านงานฟื้นฟูฯ ตามความจำเป็น

6.2.2 แนวทางการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูระดับประเทศ

กำหนดการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟู เพื่อดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนี้

1) สนับสนุนการพัฒนารูปแบบ (model development) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการ องค์กรคนพิการและภาคีอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพัฒนารูปแบบบริการบุคคลออทิสติก ฯลฯ

2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการระดับประเทศ เพื่อให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ขององค์กรในระดับลูกข่าย ให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเข้มแข็งในพื้นที่

3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการด้านการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ของคนพิการทางการมองเห็น (Orientation & Mobility) และด้านอื่นๆ ตามความจำเป็นของระบบบริการ

4) สนับสนุนการพัฒนา/เผยแพร่องค์ความรู้ด้านงานฟื้นฟูฯ ร่วมกับองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.3 การจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

ให้ สปสช.เขต ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย (จังหวัดที่มีความพร้อม) และจัดสรรงบประมาณไม่เกินวงเงินที่จังหวัดได้รับจัดสรรต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และเงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูฯ เพื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด โดยการสมทบงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในสัดส่วนที่เท่ากัน เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟู ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการบูรณาการงบประมาณและการดำเนินงานร่วมกันตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพจากหน่วยบริการสถานบริการ หรือองค์กรอื่นๆ รวมทั้งได้รับเครื่องช่วยกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ในกรณีที่มีผลการตรวจวินิจฉัยหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด หรือรายการอื่นที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

2) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดนั้น ให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในท้องถิ่นชุมชนได้มากขึ้น

3) เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัว ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการของหน่วยบริการอย่างทั่วถึงในเขตจังหวัดนั้น

4) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และองค์กรผู้สูงอายุ และองค์กรอื่นๆ ให้สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองได้ในระยะยาว

5) เพื่อสนับสนุนให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการขึ้นพื้นฐานให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

6) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรอบปีงบประมาณนั้น

รายละเอียดตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ.2554 และประกาศเพิ่มเติมในปี 2555 (ภาคผนวก 6.6)

7. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

7.1 ให้หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ รายงานผลการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการบันทึกลงใน “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ใน website สปสช. ที่ www.nhso.go.th

7.2 ให้หน่วยบริการและองค์กรฯ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมการพัฒนาระบบในรูปแบบของการดำเนินงานโครงการ รายงานผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบและระยะเวลาที่สปสช.กำหนด

7.3 ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ และรายงานการเบิกจ่ายเงินให้ สปสช.เขต ที่สนับสนุนงบประมาณตามรูปแบบและภายในระยะเวลาที่สปสช.กำหนด

8. ข้อมูลการควบคุม ติดตาม กำกับ

8.1 ร้อยละของการติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้ที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

8.2 ร้อยละสะสมของคณพิการทางการมองเห็นได้รับการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M)

8.3 จำนวนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

8.4 จำนวนองค์กรคณพิการได้รับการพัฒนาให้มีส่วนร่วมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

9. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.1 สปสช.

9.1.1 ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สปสช.เขต หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทราบ รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ

9.1.2 บริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

9.1.3 พัฒนาระบบรายงาน กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด

9.1.4 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

9.1.5 ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานชุดต่างๆ

9.1.6 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ องค์กรผู้พิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

9.2 สปสช.เขต

9.2.1 ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้หน่วยบริการ หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

9.2.2 บริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

9.2.3 จัดสรรงบประมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามแนวทางที่กำหนด

9.2.4 กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด

9.2.5 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปแผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

9.2.6 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ องค์กรผู้พิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

9.3 หน่วยบริการ เครือข่ายบริการ สถานพยาบาล

9.3.1 ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วย และรายงานข้อมูลการให้บริการและจัดสรรอุปกรณ์เครื่องช่วยตามแนวทางระบบรายงานและโปรแกรมข้อมูลที่ สปสช.กำหนด

9.3.2 พัฒนา/สนับสนุนศักยภาพเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรคนพิการเพื่อรองรับการจัดบริการฟื้นฟูแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย 2556

แม้ว่า การแพทย์แผนไทยที่เป็นภูมิปัญญาสำคัญของชาติจะได้รับการสนับสนุนและบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถขอรับบริการได้ ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ อีกทั้งยังมีการจัดงบประมาณสำหรับชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการแพทย์แผนไทย โดย สปสช.จัดงบเหมาจ่ายรายหัวครอบคลุมบริการดังกล่าว อย่างไรก็ตามการจัดบริการแพทย์แผนไทย (บริการเวชกรรมไทย) ก็ยังไม่ได้รับการส่งเสริมเท่าที่ควร คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดให้มีค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้มีการขยายบริการแพทย์แผนไทยให้เป็นบริการหลักที่คู่ขนานไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วยการใช้บริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น

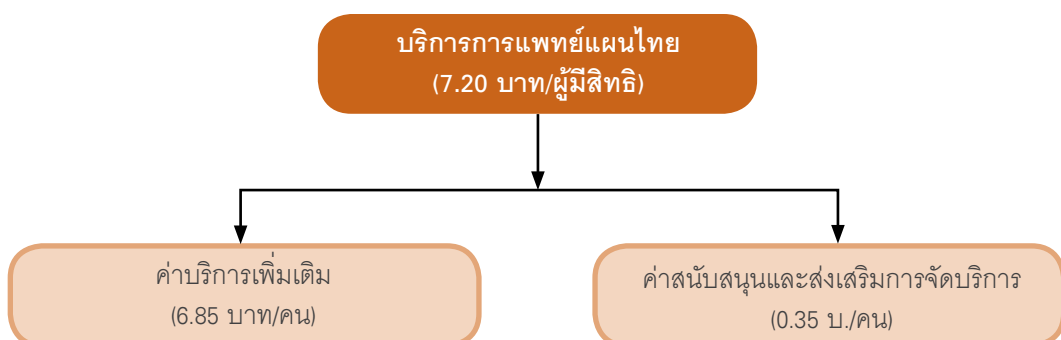
1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้มีบริการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและปลอดภัยคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 เพื่อให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น

2. กรอบการบริหารจัดการ

แผนภาพที่ 5 กรอบการบริหารจัดการเงินบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2556



ปีงบประมาณ 2556 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการแพทย์แผนไทย มีจำนวนเงิน 7.20 บาทต่อผู้มีสิทธิ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.1 ค่าบริการเพิ่มเติม

จำนวนไม่น้อยกว่า 6.85 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการสำหรับการจัดให้มีบริการและผลงานบริการเวชกรรมไทยโดยนักการแพทย์แผนไทย การบริการนวด ประคบ อบสมุนไพรเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและแม่หลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติ และการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยอย่างน้อยต้องเป็นไปตามเกณฑ์กลางที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับพื้นที่ได้ตามความเห็นชอบจาก สปสช. และให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยมีการจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและผลงานบริการในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน 70:30 และแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

2.2 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

จำนวนไม่เกิน 0.35 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย โดยเน้นความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันทางวิชาการ องค์กรเอกชน) และสนับสนุนกลไกบริหารจัดการระดับจังหวัดในการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย รวมถึงการพัฒนาข้อมูล การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

3. แนวทางการสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

3.1 ค่าบริการเพิ่มเติม

3.1.1 สปสช.แจ้งเกณฑ์กลางสำหรับการจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม คุณสมบัติหน่วยบริการที่จะได้รับเงิน แนวทางการดำเนินงานและวงเงิน global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและผลงานบริการในปีที่ผ่านมาในสัดส่วน 70:30 ให้ สปสช.เขตทราบไม่เกินเดือนตุลาคม 2555

3.1.2 สปสช.เขตกำหนดเกณฑ์ระดับพื้นที่เพิ่มเติม (หากมี) และแนวทางการจ่ายโดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ให้แล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม 2555 เพื่อแจ้งแก่สปสช.สาขาจังหวัด หน่วยบริการประจำและเครือข่าย

3.1.3 สปสช.เขต บริหารจัดการเพื่อให้บรรลุผลผลิตผลลัพธ์ที่ สปสช.กำหนด

3.1.4 การโอนเงินเป็นไปตามที่ สปสช.เขตกำหนด

3.2 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

3.2.1 สปสช. จัดแบ่งเงินเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกบริหารจัดการโดย สปสช. ส่วนที่สองจัดสรรให้ สปสช.เขต บริหารจัดการเป็นวงเงิน global budget ระดับเขต ทั้งนี้จะแจ้งวงเงินและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ สปสช.เขตทราบไม่เกินเดือนตุลาคม 2555

3.2.2 สปสช.เขต บริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และแนวทางที่กำหนด ทั้งนี้การจัดทำแผนงาน/โครงการโดยหน่วยงานที่รับการสนับสนุน ควรแล้วเสร็จอย่างช้าไม่เกินเดือนมิถุนายน 2556

3.2.3 การโอนเงินเป็นไปตามที่ สปสช.เขตกำหนด

3.2.4 การจัดสรรค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยแก่ สปสช.สาขาจังหวัด ให้บูรณาการไปกับค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของบริการปฐมภูมิ บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการพัฒนาศักยภาพการปฐมภูมิ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน แพทย์แผนไทย ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง และอื่นๆ ตามความจำเป็นของพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไข หลักเกณฑ์ที่ตกลงร่วมกันกับ สปสช.เขต

4. การกำกับ ติดตามและประเมินผล

4.1 จากรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่ สปสช.สาขาจังหวัดและหน่วยงานส่ง สปสช.

4.2 จากรายงานการประมวลผลข้อมูลการจัดบริการตามชุดข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (OP/ PP individual record) รายงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.3 จากรายงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4.4 สปสช.เขต กำกับ ติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม และสุ่มตรวจสอบผลการจัดบริการ

4.5 คณะอนุกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสปสช.ตรวจเยี่ยมพื้นที่และหน่วยบริการ

5. ผลผลิตผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 5.1 จำนวนหน่วยบริการที่เป็นศูนย์บริการด้านการแพทย์แผนไทยและมีแพทย์แผนไทยประจำ มีการ certify ระดับ CUP
- 5.2 ร้อยละของประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้น
- 5.3 ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีบริการแพทย์แผนไทยพื้นฐาน เน้นการใช้ยาพื้นฐาน 5 รายการ
- 5.4 ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในหน่วยบริการเพิ่มขึ้น

6. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.1 สปสช.

- 6.1.1 ขับเคลื่อนและประสานนโยบายในระดับประเทศกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 6.1.2 ชี้แจงทำความเข้าใจหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานการบริหารบบบริการการแพทย์แผนไทย รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่อนุกรรมการและหน่วยงานในพื้นที่
- 6.1.3 บริหารจัดการงบประมาณ ให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- 6.1.4 สนับสนุนให้พื้นที่สามารถดำเนินงานแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 6.1.5 พัฒนาระบบรายงาน กำกับ ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อเสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องและผู้บริหาร สปสช.ทุก 3 เดือน

6.2 สปสช.เขต

- 6.2.1 สนับสนุนให้มีคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด ภายใต้ความเห็นชอบของ สปสช. เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาแพทย์แผนไทยระดับพื้นที่
- 6.2.2 ชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานให้หน่วยบริการทราบ ตลอดจนประชาสัมพันธ์กระตุ้นการให้บริการ และเพิ่มการเข้าถึงของผู้มีสิทธิ เป้าหมายและแนวทางการบริหารงบประมาณบริการการแพทย์แผนไทยในระดับจังหวัด
- 6.2.3 สนับสนุนการดำเนินงานของ สปสช.สาขาจังหวัด/หน่วยบริการและเครือข่ายเพื่อพัฒนาการจัดบริการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยบริการในพื้นที่

6.2.4 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในเขตและรายงานให้อปสข.และสปสข.ทราบ

6.3 สปสข.สาขาจังหวัด

6.3.1 จัดทำแผนและดำเนินการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการโดยใช้ “แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ” ของ สปสข.

6.3.2 ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดย สปสข.สาขาจังหวัดสามารถใช้แนวเวชปฏิบัติ/แนวทางการให้บริการ (Clinical Practice Guideline : CPG) และรายงานผลงานบริการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ หรือแบบรายงานที่มีในระดับพื้นที่เป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับ

6.3.3 สนับสนุน/ติดตามหน่วยบริการ เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพรวม พร้อมข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการและมาตรการติดตาม กำกับคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6.3.4 จัดทำแผนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนระบบแพทย์แผนไทย (บริการนวดไทยและการใช้ยาสมุนไพร) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด

6.4 หน่วยบริการ

6.4.1 จัดให้มีบริการแพทย์แผนไทย ตามแนวทางที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแนะนำ

6.4.2 ดำเนินการพัฒนาบุคลากร/ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย ให้ได้คุณสมบัติมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้งบที่ได้รับเพิ่มเติมจาก สปสข. เงินบำรุง หรืออื่นๆ เพื่อให้บุคลากรแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงาน มีคุณสมบัติให้เป็นไปตาม “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยหรือสาขากการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ พ.ศ.2545” คือ

1) เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยหรือสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2) เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง

9. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม

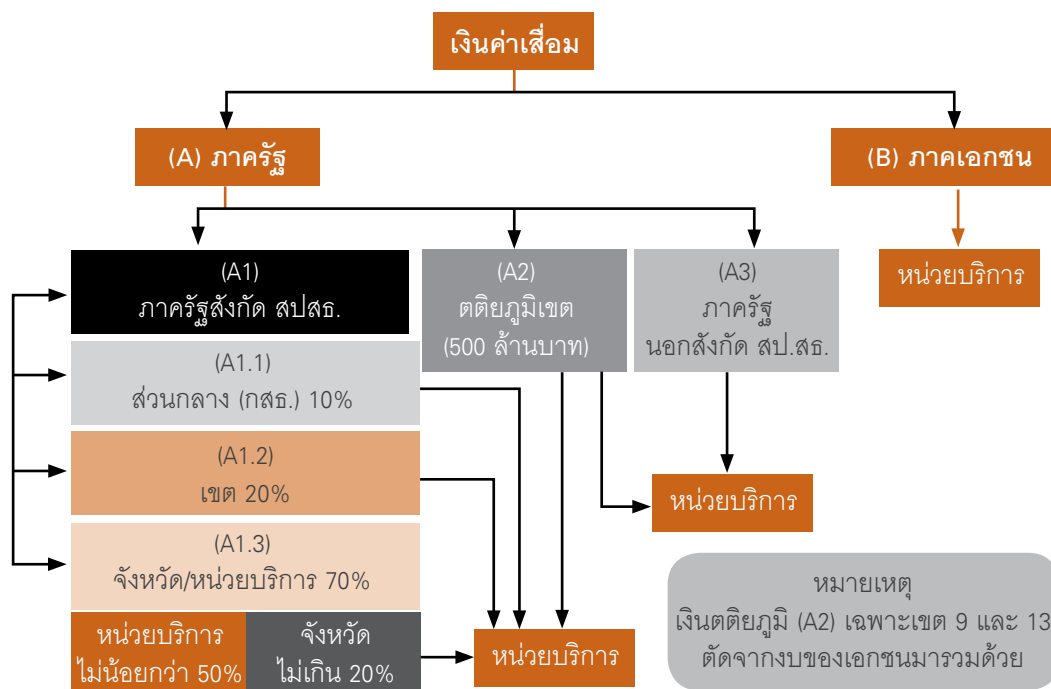
1. หลักการและเหตุผล

จากนโยบายรัฐบาลและแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2555-2558 ด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่ต้องการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและมีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการมีระบบบริการสุขภาพที่มีโครงสร้างพื้นฐานที่พอเพียงทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุว่าเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการจัดบริการสาธารณสุขทรัพยากรด้านสุขภาพจะเสื่อมลงตามเวลา และตามปริมาณการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนเงินค่าเสื่อมให้หน่วยบริการ

2. กรอบการบริหารจัดการ

เงินค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2556 ได้รับจัดสรรในอัตรา 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่จ่ายชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้หน่วยบริการนำไปใช้จัดหา ด้วยการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า เพื่อการทดแทนส่วนขาด และซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่เสื่อมสภาพหรือ ถดถอย หรือเสียหายจนไม่สามารถใช้งานได้ตามเดิม จากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกรอบการบริหาร ตามแผนภาพ ต่อไปนี้

แผนภาพที่ 6 กรอบการบริหารเงินค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2556



การบริหารจัดการค่าเสื่อม แบ่งออกเป็นค่าเสื่อมสำหรับหน่วยบริการสังกัดภาคเอกชน และค่าเสื่อมสำหรับหน่วยบริการสังกัดภาครัฐ ดังนี้

2.1 ค่าเสื่อมสำหรับหน่วยบริการสังกัดภาคเอกชน จัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการโดยตรง

2.2 ค่าเสื่อมสำหรับหน่วยบริการสังกัดภาครัฐ นำเงินของหน่วยบริการภาครัฐทั้งหมดมาจัดสรรเป็น 3 ส่วนดังนี้

2.2.1 ส่วนของหน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สป.สธ. แบ่งการบริหารจัดการและวงเงินออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการในระดับประเทศ ซึ่งพิจารณาอนุมัติรายการโดยกระทรวงสาธารณสุข และจัดสรรให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนร้อยละ 10 ของวงเงินค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

2) จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรร จำนวนร้อยละ 20 ของวงเงินค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

3) จัดสรรเพื่อการบริหารจัดการระดับจังหวัดและหน่วยบริการ โดยจัดสรรจำนวนร้อยละ 70 ของวงเงินค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการต้องได้รับจัดสรรไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเงินในส่วนของหน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สป.สธ.

ยกเว้น จังหวัด และหน่วยบริการ ที่อยู่ในพื้นที่นำร่องเขตบริการสาธารณสุข จะได้รับการจัดสรรเงินในข้อ 2) – 3) ขึ้นต้นในภาพรวมของเขต และสามารถกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณภายในเขตได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูลและเงื่อนไขตามที่ สปสช.กำหนด โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

2.2.2 ส่วนของการสนับสนุนการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของบริการในแต่ละพื้นที่ และจัดสรรให้หน่วยบริการ ทั้งนี้ เงินสนับสนุนการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ของสปสช.เขต นำร่อง (สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) รวมเงินของภาคเอกชนด้วย

2.2.3 ส่วนของหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. จัดสรรให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

3. เกณฑ์การจัดสรร

การจัดสรรเงินค่าเสื่อม จะจัดสรรให้กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกแห่ง ยกเว้นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคและหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2556 ซึ่งมีหลักเกณฑ์การจัดสรร ดังนี้

3.1 ตามจำนวนผู้มีสิทธิและผลงานการให้บริการที่เกิดขึ้น โดย

3.1.1 ค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ให้จ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยบริการประจำ

3.1.2 ค่าเสื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยใน (IP) จ่ายตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

3.2 แบ่งสัดส่วนค่าเสื่อมระหว่าง OP-IP-PP

ให้แบ่งด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทที่ได้รับจากรัฐบาล

4. วิธีการคำนวณจัดสรรเงิน

4.1 หลักการคำนวณ

4.1.1 แบ่งสัดส่วนค่าเสื่อมระหว่างบริการ OP-IP-PP ด้วยสัดส่วนงบอัตราต่อหัวของค่าบริการ OP-IP-PP ที่ได้รับจากรัฐบาล

4.1.2 เกณฑ์การจัดสรร “ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนและผลลงงานการให้บริการผู้ป่วยใน” โดย

- OP & PP ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน
- IP ตามจำนวน Sum adj.RW

4.2 วิธีการคำนวณ

4.2.1 คำนวณวงเงินค่าเสื่อม ตามประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการแต่ละแห่ง ณ 31 ตุลาคม 2555 โดยนำ จำนวนประชากร คูณด้วยอัตรา 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ

4.2.2 แบ่งวงเงินที่ได้รับ ตามอัตราการจัดสรร OP+PP : IP (กำหนดให้อัตรา OP= A บาทต่อผู้มีสิทธิ อัตรา PP = B บาท/ผู้มีสิทธิ, อัตรา IP = C บาทต่อผู้มีสิทธิ) 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

4.2.3 คำนวณอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิเพื่อจัดสรรค่าเสื่อมตามบริการ OP+PP (กำหนดให้ ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการแต่ละแห่ง ณ 31 ตุลาคม 2555 = N) ดังสูตร

$$\bullet \text{ อัตราต่อหัวผู้มีสิทธิประชากรของ OP+PP} = \frac{K}{N} = X \text{ บาทต่อผู้มีสิทธิ}$$

4.2.4 คำนวณอัตราต่อ 1 adjRW เพื่อจัดสรรค่าเสื่อมตามบริการ IP (กำหนดให้ Sum adjRW ย้อนหลัง 10 เดือน = M)

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

4.2.5 คำนวณเงินค่าเสื่อมแยกตามรายสังกัด ดังนี้

- ส่วนของ OP+PP โดยนำอัตราของข้อ 4.2.3 (X บาท/ผู้มีสิทธิ) คูณด้วยจำนวน ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ แยกตามสังกัด
- ส่วนของ IP โดยนำอัตราของข้อ 4.2.4 (Y บาท/1 adjRW) คูณด้วยจำนวน Sum adjRW ของหน่วยบริการแต่ละสังกัด

4.2.6 นำเงินค่าเสื่อมส่วนของหน่วยบริการภาครัฐที่เหลือ มาคำนวณสำหรับการ สนับสนุนบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน จำนวน 500,000,000 บาท ตามจำนวนประชากรสิทธิหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการ ภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. ณ 31 ตุลาคม 2555

4.2.7 นำค่าเสื่อมรวมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ส่วนที่เหลือจากข้อ 4.2.6 มา คำนวณจัดสรรให้หน่วยบริการอีกครั้งตามจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ ลงทะเบียนกับหน่วยบริการแต่ละแห่ง

หมายเหตุ ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (Sum adjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย ในทั่วไป ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชย ผู้ป่วยในทั่วไป ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และไม่รวมข้อมูลที่มี ปัญหาต่างๆ หลังจากวันที่สปสช. ตัดข้อมูล เช่น ข้อมูลส่งซ้ำ ข้อมูลอุทธรณ์ ข้อมูลปฏิเสธ การจ่าย เป็นต้น

5. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

การจัดสรรเงินค่าเสื่อม ให้กับหน่วยบริการ (ไม่รวมหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค) จะจัดสรรให้ตามรูปแบบการจัดบริการผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการนั้น ดังนี้

5.1 กรณีหน่วยบริการ ที่ให้บริการประชากรผู้มีสิทธิ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน จะได้รับการจัดสรรเงินค่าเสื่อม ทั้ง 2 ส่วน ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

5.2 กรณีหน่วยบริการ ที่ให้บริการประชากรผู้มีสิทธิ เฉพาะการบริการผู้ป่วยนอกหรือเฉพาะการบริการผู้ป่วยใน ก็จะได้รับ การจัดสรรเงินค่าเสื่อมเฉพาะส่วนการบริการนั้นๆ

5.3 กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนถ่ายประชากรกลางปีงบประมาณ ให้ สปสช.เขต พิจารณาโอนเงินค่าเสื่อมให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้ บริการ

5.4 กรณีหน่วยบริการที่สมัครเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงระหว่างปีงบประมาณจะไม่ได้รับการจัดสรรเงินค่าเสื่อม

5.5 การเรียกคืนเงินค่าเสื่อม จะไม่มีการเรียกคืนเงินค่าเสื่อม หากหน่วยบริการอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครบปีงบประมาณ แต่การเรียกคืนเงินค่าเสื่อมจะเกิดขึ้นเมื่อหน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข

5.6 กรณีมีเงินเหลือจากการจัดสรร ให้สปสช.บริหารการจัดสรรให้หน่วยบริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการประชาชนต่อไป

6. ขั้นตอนการดำเนินงาน

6.1 สปสช. พิจารณาเห็นชอบหลักการ แนวทาง รูปแบบ และวิธีการจัดสรรเงินค่าเสื่อม

6.2 สปสช. จัดทำกรอบแนวทางการบริหารเงินค่าเสื่อม พร้อมแจ้งตารางการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบ โดยแจ้งผ่านสปสช.เขต

6.3 หน่วยบริการตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันวงเงินที่ได้รับจัดสรรไปยัง สปสช.เขต

6.4 สปสช.เขต แจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรรในเขตที่รับผิดชอบ ให้สปสช. ทราบ เพื่อ สปสช. จะได้แจ้งการจัดสรรตามการยืนยันนั้น ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอีกครั้งหนึ่ง

6.5 การจัดทำแผนและการพิจารณาอนุมัติแผนการบริหารเงินค่าเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

6.5.1 ส่วนของค่าเสื่อม

1) หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ./ภาคเอกชน

การจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมของหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ./ภาคเอกชน ดำเนินการโดย ให้หน่วยบริการจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมของแต่ละภาคส่วนเอง โดย สปสช.เขต เป็นผู้ประสานรวบรวมแผน เสนอให้ สปสช. พิจารณาอนุมัติ พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้วให้ สปสช. เบิกจ่ายเงินค่าเสื่อมให้หน่วยบริการต่อไป

ยกเว้น สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณภายในเขตได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูลและเงื่อนไขตามที่ สปสช. กำหนด โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

2) หน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ.

2.1) การจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแผนและพิจารณาอนุมัติรายการตามวงเงิน พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติแล้ว ให้ สปสช.โอนเงินตรงให้หน่วยบริการต่อไป

2.2) การจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อม สปสช. เขต เป็นผู้ประสานรวบรวมแผน เสนอให้ สปสช. พิจารณาอนุมัติ พร้อมจัดส่งรายละเอียดแผนที่ได้รับการอนุมัติให้ สปสช. โอนเงินตรงให้หน่วยบริการ ต่อไป

2.3) การจัดทำแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับจังหวัดและหน่วยบริการ ดำเนินการโดย สปสช. แจ้งวงเงินของหน่วยบริการและเครือข่ายให้ สปสช.เขต และ สปสช.สาขาจังหวัด และจะโอนเงิน ร้อยละ 50 ของเงินค่าเสื่อมหน่วยบริการภาครัฐ สังกัด สป.สธ. ให้หน่วยบริการโดยตรง จากนั้นให้ สสจ.ปรับเกลี่ยเงินค่าเสื่อมในส่วน ร้อยละ 20 ของเงินค่าเสื่อมหน่วยบริการภาครัฐ สังกัด สป.สธ. แล้วจึงแจ้งวงเงินหลังการปรับเกลี่ยทั้งหมดให้หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการทำแผนและเสนอให้ สปสจ.อนุมัติ แล้วแจ้งสปสช.เขตเพื่อแจ้งโอนงบประมาณในส่วน ร้อยละ 20 ให้กับหน่วยบริการโดยตรงต่อไป

6.5.2 ส่วนการสนับสนุนการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน

เงินค่าเสื่อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ของหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ. และหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. โดย สปสช.แจ้งยอดจัดสรรตามรายหัวประชากรให้ สปสช.เขตดำเนินการ โดย สปสช.เขตจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินค่าเสื่อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน และรวบรวมเสนอให้ สปสช.พิจารณาอนุมัติ และส่งแผนที่ได้รับอนุมัติให้ สปสช.เพื่อโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

6.6 สปสช. โอนเงินให้กับหน่วยบริการ และติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน

6.7 เมื่อหน่วยบริการได้รับเงินโอน ให้ประสานการดำเนินการจัดซื้อ/จัดหา ตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุหรือระเบียบของหน่วยบริการนั้น และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ พร้อมทั้งก่อนนี้ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ 2556

ทั้งนี้ กรณีที่หน่วยบริการ ไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามที่กำหนด ให้หน่วยบริการส่งเอกสารขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการ ต่อคณะกรรมการฯ หรือคณะอนุกรรมการ หรือหน่วยงานผู้พิจารณาอนุมัติแผนในแต่ละระดับข้างต้น

6.8 หน่วยบริการที่รับเงินและดำเนินการตามข้อ 6.7 แล้ว ให้รายงานผลการจัดซื้อ/จัดหา ผ่านทาง website ของสปสช.ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการออนไลน์” > หมวด “NHSO Budget” > เลือก “ระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม” โดยสามารถลงทะเบียนรับ User name, Password เพื่อใช้ Login เข้าโปรแกรมรายงานได้ที่ สปสช.เขต

6.9 สสจ. และ สปสช.เขต ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันของข้อมูล รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ของรายงานเพื่อติดตาม กำกับ และสนับสนุนให้หน่วยบริการดำเนินงานอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพต่อไป

กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการ / มีเงินเหลือจ่าย

การเปลี่ยนแปลงรายการ และ/หรือ การอนุมัติใช้วงเงินเหลือจ่าย ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการฯ หรือคณะอนุกรรมการ หรือหน่วยงานผู้พิจารณาอนุมัติแผนในแต่ละระดับข้างต้น พร้อมทั้งแจ้งกลับให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบ เช่น หน่วยบริการ สสจ. กระทรวงสาธารณสุข สปสช.เขต และสปสช.

ยกเว้นกรณีเงินเหลือจ่ายระดับเขต ให้ผู้อำนวยการสปสช.เขต สามารถพิจารณาอนุมัติได้

7. การโอนเงิน

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

7.2 สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกองทัพเรือ และหน่วยบริการในสังกัดกองทัพอากาศ สปสช. จะโอนให้ตามที่ต้นสังกัดแจ้ง

7.3 กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ ต้องแจ้งเลขที่บัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การเกษตร พร้อมทั้งสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝากของหน่วยบริการ จำนวน 1 ชุด แนบมาพร้อมกับหนังสือแสดงความจำนง จำนวน 2 ชุด ส่งไปที่ สปสช. เขต

8. การจัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินเงินค่าเสื่อม

การจัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าเสื่อม และเงินค่าเสื่อมเพื่อสนับสนุนการ พัฒนาศักยภาพบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน จัดทำเฉพาะหน่วยบริการสังกัดภาครัฐนอกสังกัด สป.สธ. และ หน่วยบริการภาคเอกชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

8.1 เมื่อต้นสังกัดของหน่วยบริการและหน่วยบริการได้รับแจ้งวงเงินค่าเสื่อมที่ได้รับจัดสรร ให้จัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าเสื่อม ตามแบบหนังสือแสดงความจำนงฯ จำนวน 2 ชุด พร้อมแนบแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมที่ได้รับอนุมัติตามวงเงิน ยื่นต่อ สปสช.เขต ดำเนินการอนุมัติตามวงเงินที่ได้รับมอบอำนาจ

8.2 สปสช.เขต จัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้แนบท้ายสัญญา/ข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ

8.3 สปสช.เขต ส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนบริหารเงินค่าเสื่อม ให้สปสช. เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

โดยสามารถดาวน์โหลด แบบหนังสือแสดงความจำนงได้ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการข้อมูล” > เลือก “ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย” > เลือกเมนู “ดาวน์โหลดเอกสาร” > เลือก “แบบฟอร์มอื่นๆ” > เลือก “แบบหนังสือแสดงความจำนง”

9. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

9.1 สปสช.เขต ติดตามและประสานผลการใช้จ่ายเงินของหน่วยบริการภายในพื้นที่ ตามแผนการบริหารเงินค่าเสื่อม ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ในแต่ละระดับ

9.2 การติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าการดำเนินงาน โดย สปสช. ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข สปสช.เขต และ สสจ.

9.3 การประเมินผลภายในหน่วยงาน โดยหน่วยงานภายในสปสช. และประเมินผลภายนอกหน่วยงาน โดยหน่วยงานภายนอก

กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการตามแผนการบริหารเงินค่าเสื่อมดังกล่าวได้ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนเงินค่าเสื่อม ตามจำนวนเงินที่ระบุในหนังสือแสดงความจำนงแนบท้าย ข้อตกลง/สัญญาการให้บริการ แล้วแต่กรณี

10. แนวทางการบริหารจัดการ การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1. แนวคิด

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุข ให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการกำหนดการจ่ายไว้ในประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

หน่วยบริการเป้าหมาย	แหล่งงบประมาณ	จำนวน
หน่วยบริการประจำ / หน่วยบริการปฐมภูมิ	จากรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการ 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการเด่นชัด (PP Expressed demand)	25 บาทต่อ ประชากรไทย ทุกคน
	2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ศักยภาพ	30 บาท ต่อผู้มีสิทธิ
	3. รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	20% ของ 410.88 ล้านบาท
หน่วยบริการที่รับการ ส่งต่อ	จากรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการ 4. บริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต	ไม่เกิน 15 บาท ต่อผู้มีสิทธิ
	5. ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	4.76 บาท ต่อผู้มีสิทธิ

ทั้งนี้ การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการทุกประเภท เป็นการจ่ายตามผลสัมฤทธิ์ของเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการประจำ/หน่วยปฐมภูมิ สำหรับรายการที่ 1-3 จะบูรณาการอยู่ในรายละเอียดการจ่ายของประเภทรายการนั้นๆ และสำหรับรายการที่ 4-5 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และจัดบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.2 สร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงานที่มีคุณภาพ (Quality outcome performance) เพื่อการส่งเสริมการยกระดับคุณภาพ และการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ ของหน่วยบริการและเครือข่าย

3. กรอบการบริหารจัดการ

ปีงบประมาณ 2556 งบประมาณในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ มาจากเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ จำนวน 4.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ และบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต จำนวนไม่เกิน 15 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นการบริหารจัดการระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จัดเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการจำนวน 4.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้สปสข.เขต ทั้ง 13 เขต ตามจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำไปสมทบกับเงินบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต จำนวน ไม่เกิน 15 บาทต่อผู้มีสิทธิ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ในปีงบประมาณ 2556 สปสข.กำหนดชุดเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ส่วนหนึ่งเป็นเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการกลาง เพื่อให้สปสข.เขตทุกเขตนำไปใช้ และสปสข.เขตสามารถเลือกเกณฑ์เพิ่มเติมจากชุดรายการเกณฑ์คุณภาพบริการ หรือกำหนดเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

ของแต่ละพื้นที่ จำนวนเกณฑ์ทั้งหมดที่จะใช้ สปสช.เขต กำหนดตามความเหมาะสมกับวงเงินที่แต่ละเขตได้รับ

หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ เป็นไปตามผลสัมฤทธิ์จากการประเมินในแต่ละเกณฑ์คุณภาพบริการ โดยสปสช.เขต กำหนดวิธีการจัดสรร ให้อยู่ภายในวงเงินงบประมาณของแต่ละเขต

รายการเกณฑ์คุณภาพบริการ รายละเอียดวิธีการประเมิน แหล่งข้อมูล ตารางเวลาการประเมิน สูตรการคำนวณ การเทียบคะแนนคุณภาพ วิธีการจัดสรร และแผนการจัดสรร ให้เป็นไปตามคู่มือการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ปีงบประมาณ 2556 ของแต่ละสปสช.เขต

5. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

5.1 สปสช.

5.1.1 จัดทำชุดรายการเกณฑ์คุณภาพบริการ รายละเอียดการประเมินตามเกณฑ์ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการกลาง ที่สปสช.เขตทุกเขตต้องใช้

5.1.2 จัดสรรวงเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการรายเขต ตามจำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.1.3 สนับสนุน สปสช.เขตในการบริหารจัดการ

5.1.4 ติดตามการดำเนินงานจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการรายเขต ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์ วงเงินที่กันจากบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต แผนการจัดสรร ผลการประเมินรายเกณฑ์ และผลการเบิกจ่าย

5.1.5 กำกับ ติดตาม สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานผล

5.2 สปสช.เขต

5.2.1 เสนอ ขออนุมัติ อปสช.ในเรื่อง

1) การจัดสรรเงินจากบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต จำนวนไม่เกิน 15 บาทต่อผู้มีสิทธิ เพื่อสมทบกับเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการที่ สปสช.เขตได้รับ

2) การกำหนดกรอบเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แนวทางการประเมิน แนวทางการคำนวณเงินให้แก่หน่วยบริการ รวมทั้งแผนการจ่ายเงิน

5.2.2 จัดทำคู่มือการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ปีงบประมาณ 2556 ของสปสช.เขต ได้แก่ รายการเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการที่ใช้ทั้งหมด แนวทางการประเมิน แนวทางการคำนวณเงินให้แก่หน่วยบริการ รวมทั้งแผนการจ่ายเงิน ตามที่ได้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

5.2.3 ชี้แจงทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ และแนวทางการประเมินในภาพรวมทั้งหมด แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

5.2.4 บริหารจัดการ โดย

1) จัดการให้มีการประเมินคุณภาพจากแหล่งต่างๆ ที่จำเป็น และรวบรวมผลการประเมินคุณภาพบริการ

2) จัดการให้มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินคุณภาพจากหน่วยบริการ และจากสปสช.

3) คำนวณการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ภายหลังมีผลการประเมินคุณภาพ

4) แจ้งหน่วยบริการ และชี้แจงทำความเข้าใจผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ต่างๆ ให้หน่วยบริการรับทราบ เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งการประเมินผลคุณภาพ และเผยแพร่ผลงานที่ดีของหน่วยบริการหรือมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5.3 สปสช.สาขาจังหวัด

5.3.1 ร่วมตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

5.3.2 ตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินคุณภาพจากหน่วยบริการ ตามตัวชี้วัดของเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

5.3.3 ติดตามการทบทวนคุณภาพภายในจังหวัด และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในจังหวัด ที่สอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

5.4 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

5.4.1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทุกแห่ง นำผลการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์การจัดสรรของปีที่ผ่านมาเข้าสู่กระบวนการทบทวนภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเกณฑ์ที่ยังมีปัญหา เพื่อหาแนวทางพัฒนาระดับคุณภาพ

5.4.2 ทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และการประเมินตนเองด้านคุณภาพ

5.4.3 เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและจัดส่งให้ทันเวลา ได้แก่ การสรุปและให้รหัสโรคให้ถูกต้องและผลการประเมินที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

6. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

6.1 การกำกับ

6.1.1 การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยบริการ

6.1.2 ความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

6.1.3 การเบิกจ่ายงบประมาณถูกต้อง และเป็นไปตามแผนการจัดสรร

6.2 การติดตามประเมินผล

6.2.1 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ

6.2.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการที่กำหนด

II. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

การให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มารับบริการนั้นมีโอกาสเกิดความเสียหายจากการรับบริการขึ้นได้ และเช่นกันในบางครั้ง ผู้ให้บริการเองก็อาจได้รับความเสียหายจากการให้บริการได้ด้วย ซึ่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการหรือให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนได้ ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการบริหารระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ หรือการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ดังนี้

กรณีผู้รับบริการ

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงิน

ผู้รับบริการ หมายถึงประชาชนที่ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรวมถึงบุคคลที่ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติที่ออกตามความในมาตรา 9 หรือมาตรา 10 ที่อาจตราขึ้นในอนาคตด้วย การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ เป็นไปตามมาตรา 41 “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณี que ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” มีเจตนารมณ์มุ่งหวังเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือดังกล่าวมีลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ยังไม่มีการพิสูจน์ความผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการจะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2556 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้มีการดำเนินการตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่มีการปรับปรุงล่าสุด พ.ศ.2555 โดยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขต่างๆ ยังคงเป็นไปตามข้อบังคับเดิม

ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 แต่ได้เพิ่มอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเพิ่มการช่วยเหลือกรณีทารกในครรภ์ (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์) เสียชีวิตในระหว่างการดูแลของหน่วยบริการด้วย ซึ่งสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1.1 ผู้รับบริการ (ทายาท หรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ) ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยต้องใช้สิทธิยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

1.2 การยื่นคำร้องจะต้องยื่นคำร้องตามแบบที่ได้กำหนดไว้ หรือจะยื่นโดยเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือดังกล่าวอย่างน้อย ควรต้องระบุเรื่องดังต่อไปนี้

1.2.1 ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

1.2.2 ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

1.2.3 ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข

1.2.4 วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหาย

1.2.5 สถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว

1.2.6 สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น ภาวะความรับผิดชอบ อาชีพ รายได้ หรือ เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเงินช่วยเหลือตามเคราะหฐานะของ ผู้รับบริการ

1.3 ผู้รับบริการที่เสียหายมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือได้ 2 วิธี คือ มายื่นคำร้องด้วยตัวเองที่หน่วยรับคำร้อง (ได้แก่ สปสช.สาขาจังหวัด หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50(5) หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียนไปหน่วยงานข้างต้น ซึ่งการยื่นคำร้องโดยส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน จะถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่นคำร้อง เพื่อประโยชน์ในการนับระยะเวลาในการใช้สิทธิยื่นคำร้อง ภายใน 1 ปี

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้แทนผู้รับบริการและผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวน 5-7 คน ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ให้คำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเคราะหฐานะของผู้เสียหายด้วย และให้พิจารณาคำขอรับเงินช่วยเหลือให้เสร็จภายใน 30 วัน

1.4 อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับความเสียหายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป ตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากรักษาพยาบาล พ.ศ.2555 ที่ปรับปรุงใหม่ ได้เพิ่มอัตราจ่ายเป็นสองเท่าจากอัตราจ่ายตามข้อบังคับ พ.ศ.2549 และกำหนดอัตราขั้นต่ำของ แต่ละระดับของความเสียหายไว้ ดังนี้

ประเภทความเสียหาย	อัตราจ่าย ตามข้อบังคับฯ พ.ศ.2549	อัตราจ่าย* ตามข้อบังคับฯ พ.ศ. 2555
(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร (หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษา ตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต)*	ไม่เกิน 200,000 บาท	ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท
(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ (ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต)*	ไม่เกิน 120,000 บาท	ตั้งแต่ 100,000 บาทแต่ไม่เกิน 240,000 บาท
(3) บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	ไม่เกิน 50,000 บาท	ไม่เกิน 100,000 บาท
*กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ		จ่ายเงินเท่ากับกรณีเสียชีวิต (มีผลตั้งแต่วันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2555

หมายเหตุ ความเสียหายที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ให้พิจารณาวินิจฉัยตามข้อบังคับ พ.ศ.2549 จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณาในกรณีนั้นๆ

1.5 เงื่อนไขการจ่ายเงิน ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งมีไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ แต่ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย

1.6 คำร้องที่คณะกรรมการระดับจังหวัด พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์อย่างชัดเจนและอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว สปสช.สาขาจังหวัด สามารถทดลองจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ยื่นคำร้องได้โดยไม่ต้องรอให้ สปสช. โอนเงินจำนวนดังกล่าวไปให้ ทั้งนี้ตามข้อ 17 ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารเงินกองทุนของสำนักงานสาขาจังหวัด พ.ศ.2554 ที่รองรับให้สำนักงานสาขาจังหวัด ทดลองจ่ายเงินกองทุนเพื่อการนี้ได้ โดยไม่ต้องทำสัญญาเยี่ยมเงิน เมื่อสำนักกฎหมาย สปสช. พิจารณารายงานหรือบันทึกการประชุมของคณะกรรมการระดับจังหวัดแล้ว เป็นไปตามเกณฑ์ จะโอนเงินจำนวนดังกล่าวให้สำนักงานสาขาจังหวัดนั้น สำหรับกรณีที่มีความไม่ชัดเจน สำนักกฎหมาย จะประสานกับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการระดับจังหวัดนั้น เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบหรือทบทวน เพื่อให้มีความถูกต้องต่อไป แล้วสรุปคำร้องขอกรณีดังกล่าวรายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบต่อไป

1.7 สิทธิอุทธรณ์ กรณีผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการระดับจังหวัด ที่ไม่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภท หรือเห็นว่าจัดประเภทของความเสียหายไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยนั้น การยื่นอุทธรณ์ผู้อุทธรณ์สามารถยื่นได้ ณ หน่วยงานที่ยื่นคำร้องตาม ข้อ 1.3 แล้วหน่วยงานดังกล่าวจะส่งเรื่องไปให้ สปสช. เพื่อเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณา

1.8 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จะมอบหมายกรณีอุทธรณ์ให้คณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาอุทธรณ์ ตามคณะที่มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านที่เกี่ยวข้องกับคำอุทธรณ์ (มี 5 คณะ) เพื่อช่วยพิจารณาเสนอความเห็นและเมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้วินิจฉัยชี้ขาดแล้วให้เป็นที่สุด

1.9 เพื่อให้คณะกรรมการระดับจังหวัด หรือผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาขาจังหวัด ได้ใช้ดุลยพินิจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือในแนวทางเดียวกัน สปสช. ได้จัดทำคู่มือ “การดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กรกฎาคม 2555” ไว้เพื่อเป็นคู่มือ

ในการดำเนินงานด้วย ซึ่งสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. <http://law.nhso.go.th>

2. ระยะเวลาในการพิจารณาและการเฝ้าระวังการฟ้องคดี

ด้วยในข้อบังคับที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ได้เร่งรัดเวลาในการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัดว่า ให้พิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือให้เสร็จภายใน 30 วัน ดังนั้น สำนักกฎหมาย สปสช. จึงจำเป็นต้องมีรายงานระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่วันที่คณะกรรมการระดับจังหวัดได้รับเรื่องถึงวันที่พิจารณาเสร็จ ประกอบกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีเจตนารมณ์เพื่อลดความขัดแย้ง จึงจำเป็นต้องติดตามผลหลังการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยว่าผู้เกี่ยวข้องได้มีการฟ้องคดีต่อศาลหรือไม่

จึงขอให้ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาขาจังหวัด บันทึกข้อมูลการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการฟ้องคดี เข้าในระบบโปรแกรมพิทักษ์สิทธิ <http://callcenter.nhso.go.th/webks/> ซึ่งระบบโปรแกรมพิทักษ์สิทธิดังกล่าวได้เปิดให้ผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานเขต สามารถช่วยติดตามการบันทึกข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาเชิงป้องกันแก้ไขปัญหาสำหรับหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่ได้

ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาขาจังหวัด เมื่อได้มีการบันทึกข้อมูลในระบบและแนบ File รายงานผลการพิจารณาหรือบันทึกการประชุมของคณะกรรมการระดับจังหวัด และโอนงานในระบบให้ สปสช. แล้ว ไม่ต้องส่งเอกสารดังกล่าวให้ สปสช. อีก

กรณีผู้ให้บริการ

การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.2550 โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 18(4) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยแก่ผู้ให้บริการนี้ จะไม่เป็นการตัดสิทธิของผู้ให้บริการที่จะพึงได้รับตามกฎหมาย ระเบียบ หรือกฎหมายอื่น

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

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท ซึ่งต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

2. ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ได้แก่ ผู้ให้บริการ (หรือทายาท) ของหน่วยบริการ

3. อัตราการจ่ายเงิน

3.1 เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร	จ่ายไม่เกิน 200,000 บาท
3.2 สูญเสียอวัยวะหรือพิการ	จ่ายไม่เกิน 120,000 บาท
3.3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท

4. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

- 4.1 เป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- 4.2 เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ของหน่วยบริการ
- 4.3 เป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4.4 ยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

5. ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในระดับเขตพื้นที่ ที่เลขาธิการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถจำนวน 5-7 คน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ การพิจารณาให้คำนึงถึงประเภทและความรุนแรงของความเสียหายด้วย

6. สิทธิอุทธรณ์

ในกรณีที่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายหรือทนาย ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง ซึ่งมีเพียงชุดเดียวที่ส่วนกลาง โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์จะพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดให้ส่งจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์ โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ให้เป็นที่สุด

7. สำหรับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในพื้นที่เสี่ยงภัยและรวมถึงผู้ให้บริการที่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยและได้รับความเสียหายในขณะที่ให้บริการในพื้นที่เสี่ยงภัย

ซึ่งได้แก่ จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลาและจังหวัดสงขลาและคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย เขตพื้นที่ที่เห็นว่าความเสียหายที่ได้รับควรส่งจ่ายเงินมากกว่าอัตราที่กำหนด ให้คณะอนุกรรมการเสนอความเห็นเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณาซึ่งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์จะพิจารณาจ่ายได้ไม่เกินสองเท่าต่อไป

เพื่อให้คณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ หรือผู้รับผิดชอบของสำนักงานเขต สามารถใช้ดุลยพินิจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือในแนวทางเดียวกัน สปสช. ได้จัดทำคู่มือ “การดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กรกฎาคม 2555” ไว้เพื่อเป็นคู่มือในการดำเนินงานด้วย ซึ่งสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. <http://law.nhso.go.th>

12. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

ตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบประมาณจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556 ในอัตรา 2,755.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว) ปีงบประมาณ 2556 ภายใต้แนวคิดหลัก เพื่อให้มีแรงจูงใจในด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
- 2.2 เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

3. กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

3.1 งบประมาณผู้ป่วยนอกทั่วไปประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 928.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายดังนี้

3.1.1 จำนวน 757.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากรที่ระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างกันจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ย + 10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม

3.1.2 จำนวน 171.01 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

3.1.3 สำหรับเขตนําร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนดและต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.2 งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว จำนวน 99.96 บาทต่อหัวประชากรไทยทุกสิทธิ คำนวณเป็นภาพรวมของแต่ละหน่วยบริการประจำและจังหวัด โดยคำนวณจากข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

3.2.1 จัดสรรตามจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากรไทยทุกสิทธิและตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะตามชุดกิจกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด, กลุ่มเด็ก 0-5 ปี, กลุ่มเด็ก 6-12 ปี, กลุ่มผู้ใหญ่ 30-60 ปี และผู้สูงอายุ

3.2.2 จัดสรรตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2555 ที่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายจัดส่งข้อมูลผ่านชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual record)

3.2.3 สปสข.แจ้งวงเงินจากการคำนวณตามข้อ 3.2.1 – ข้อ 3.2.2 ที่หน่วยบริการประจำจะได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวและวงเงินในภาพรวมของจังหวัด ให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (อปสจ.) ตกลงเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์การบริการกับหน่วยบริการประจำ พร้อมทั้งพิจารณาปรับเกลี่ยและจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการประจำ

3.2.4 สำหรับเขตนําร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ผลงานและข้อมูลบริการตามที่กำหนด และต้องเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3 งบประมาณผู้ป่วยในทั่วไป เป็นการบริหารแบบ global budget ระดับเขต การจ่ายตามระบบ DRG ให้จ่ายตามการใช้บริการที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายจำนวน adjRW ที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อ adjRW โดยให้ อปสข.พิจารณาเป้าหมายจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ให้แก่จังหวัดภายใต้เพดาน global budget ระดับเขตของแต่ละเขต

3.4 งบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายเพิ่มเติมโดยคำนึงถึงต้นทุนคงที่สูงสำหรับหน่วยบริการประจำสังกัด สป.สธ. เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและเครือข่าย เพื่อให้จัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ และมีหลักเกณฑ์การจ่ายงบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง โดยใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนระดับ CUP ที่มีโรงพยาบาลขนาด 10-120 เตียง และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน ดังนี้

3.4.1 คำนวณรายจ่ายของหน่วยบริการเป้าหมายตามตัวแปรสมการต้นทุน เป็นค่า Fix cost ในสัดส่วนของบริการที่เกิดจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP variable) สำหรับผู้ใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.4.2 เปรียบเทียบผลคำนวณตามสมการต้นทุนกับการคำนวณค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว หากมากกว่าให้จ่ายงบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูงเท่ากับผลต่างระหว่างผลการคำนวณตามสมการต้นทุน กับการคำนวณค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

3.4.3 สำหรับจังหวัดที่มีประชากรลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่า 300,000 คน ปรับให้ภาพรวมของงบประมาณระดับจังหวัด (เฉพาะค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ผู้ป่วยนอกทั่วไป งบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค) หลังหักเงินเดือนได้ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทุกจังหวัดหักหนึ่งส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าเฉลี่ย-1SD)

3.4.4 ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้พิจารณาสำหรับการจ่ายงบเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูงให้หน่วยบริการเป้าหมายกรณีที่หน่วยบริการเป้าหมายมีการในการสงเคราะห์การให้บริการประชาชนอื่นๆ เช่น หน่วยบริการในพื้นที่ติดชายแดนของจังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน สระแก้ว หรือกรณีอื่นๆ

3.5 จัดระบบการจัดสรรเงินเบื้องต้นให้หน่วยบริการ เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณสำหรับการจัดบริการให้กับประชาชนผู้มีสิทธิโดยงดการโอนเงินให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.6 สำหรับเขตนำร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการเงินให้เป็นไปตามแนวทางของเขตนำร่องได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4. หลักเกณฑ์การคำนวณเงินจัดสรรเงินเบื้องต้นให้หน่วยบริการ

4.1 งบประมาณผู้ป่วยนอกรวม (OP รวม) จัดสรรด้วยวิธีการคำนวณ ดังต่อไปนี้

4.1.1 คำนวณตามจำนวนหัวประชากรด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว ตามที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1.1 และ 3.1.2 การคำนวณเบื้องต้นใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิเดือนกรกฎาคม 2555 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2556 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจาก สปสช.เขต/สาขาจังหวัด

4.1.2 คำนวณตามสมการต้นทุน (Cost function) ตามข้อ 3.4.1

4.1.3 เปรียบเทียบผลการคำนวณตามข้อ 4.1.1 กับผลการคำนวณตามข้อ 4.1.2 แล้วเลือกใช้ผลการคำนวณของวิธีการคำนวณที่ได้ค่ามากที่สุด

4.2 เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ใช้อัตราต่อหัวประชากรที่ได้จากการคำนวณตามข้อ 3.2.1 – ข้อ 3.2.2 จัดสรรให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากร UC และจัดสรรเงินสำหรับประชากรไทยสิทธิอื่นในภาพรวมของจังหวัด โดยคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (อปสจ.) จะตกลงเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์การบริการกับหน่วยบริการประจำในจังหวัด พร้อมทั้งพิจารณาจัดสรรเงินภาพรวมระดับจังหวัดให้แก่หน่วยบริการประจำ โดยการคำนวณจัดสรรเบื้องต้นใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 กรกฎาคม 2555 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2556 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจาก สปสช.เขต/สาขาจังหวัด

4.3 งบประมาณผู้ป่วยในทั่วไป (IP) คำนวณจัดสรรเบื้องต้น โดยประมาณการค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่คาดว่าหน่วยบริการจะทำได้ทั้งปีจากผลงานของหน่วยบริการที่ผ่านมา จัดสรรเงินผู้ป่วยในกรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เบื้องต้นในอัตราที่ประมาณการได้ในแต่ละเขต ส่วนการจัดสรรเงินผู้ป่วยในกรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตคำนวณจ่ายในอัตราจ่ายนอกเขตต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

4.4 การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณ 2556 จะปรับลดค่าแรงจากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง และค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารการหักเงินเดือนเป็นภาพรวมในระดับจังหวัด โดยให้ อปสจ. เป็นผู้พิจารณาเกลี้ยการปรับลดค่าแรงระหว่างหน่วยบริการประจำภายในจังหวัด รวมทั้งพิจารณาการกันเงินระดับจังหวัดตามขอบเขตและหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดจากการระดมความเห็น โดยหลักเกณฑ์อาจกำหนดเป็นเพดานจำนวนเงินที่จะกัน หรือกำหนดกรอบการใช้เงินระดับจังหวัด หรือกำหนดให้มีกระบวนการในการรองรับกรอบการใช้เงินก็ได้ ซึ่งเงินกันที่สามารถกันได้ประกอบด้วย กันเงินค่าวัคซีนพิษสุนัขบ้า (จากงบบริการผู้ป่วยนอก), กันเงินค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP Refer) และกันเงินสำหรับบริหารระดับจังหวัด

กรณีที่มีอาจมีการเกลี้ยระหว่างจังหวัด ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่าง สปสช. และ สป.สธ. เป็นผู้พิจารณา โดยให้คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามความเหมาะสม ทั้งนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังมีข้อเสนอแนะว่าควรจะหักเงินเดือนแต่ละจังหวัดไม่เกินค่าเฉลี่ยเงินเดือนต่อหัวประชากร+1SD

13. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน

1. หลักการและเหตุผล / แนวคิด

ตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556 ในอัตรา 2,755.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 ในการประชุมครั้งที่ 10/2555 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2555 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว) ปีงบประมาณ 2556 ภายใต้แนวคิดหลัก เพื่อให้มีแรงจูงใจในการดำเนินงานที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
- 2.2 เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

3. กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

3.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อประชากร จำนวน 928.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ (คู่สัญญาหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care : CUP)) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายดังนี้

3.1.1 จำนวน 757.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุประชากรที่ระดับหน่วยบริการ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการต่างกันจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ย + 10%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม

3.1.2 จำนวน 171.01 บาทต่อประชากร จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

3.1.3 สำหรับเขตนำร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนดและต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.2 งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว จำนวน 99.96 บาทต่อหัวประชากรไทยทุกสิทธิ คำนวณเป็นภาพรวมของแต่ละหน่วยบริการประจำและจังหวัด โดยคำนวณจากข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

3.2.1 จัดสรรตามจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากรไทยทุกสิทธิและตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะตามชุดกิจกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด, กลุ่มเด็ก 0-5 ปี กลุ่มเด็ก 6-12 ปี กลุ่มผู้ใหญ่ 30-60 ปี และผู้สูงอายุ

3.2.2 จัดสรรตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2555 ที่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายจัดส่งข้อมูลผ่านชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual record)

3.2.3 สปสข. แจกวงเงินจากการคำนวณตามข้อ 3.2.1 – ข้อ 3.2.2 ที่หน่วยบริการประจำจะได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวและวงเงินในภาพรวมของสาขาจังหวัด ให้ อปสข. ตกลงเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์การบริการกับหน่วยบริการประจำ พร้อมทั้งพิจารณาปรับเกลี่ยและจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการประจำ

3.2.4 สำหรับเขตนำร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องได้ผลงานและข้อมูลบริการตามที่กำหนด และต้องเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3 งบประมาณผู้ป่วยในทั่วไป เป็นการบริหารแบบ global budget ระดับเขต การจ่ายตามระบบ DRG ให้จ่ายตามการใช้บริการที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายจำนวน adjRWที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อ adjRW โดยให้ อปสข.พิจารณาเป้าหมายจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ให้แก่จังหวัดภายใต้เพดาน global budget ระดับเขตของแต่ละเขต

3.4 การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ (ยกเว้น สป.สธ.) มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.4.1 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องหักให้ได้จำนวนเงินเดือนตามที่กำหนด และแนวทางการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐต้องผ่านความเห็นชอบของ สปสช.

3.4.2 สำหรับ สปสช.เขต 1-12 จะหักเงินเดือนจากรายรับผู้ป่วยนอกที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ รายรับค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินรวมตามที่ สปสช.กำหนด

3.5 จัดให้มีระบบการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) โดยทดรองจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 25 ของวงเงินประมาณการรายรับที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2556 จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2555 และคำนวณจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานเป็นรายเดือนสำหรับเขตนำร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการโอนเงินให้เป็นไปตามแนวทางของเขตนำร่องได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

4. หลักเกณฑ์การคำนวณเงินจัดสรรให้หน่วยบริการ

ในการจัดสรรเงินได้กำหนดวิธีการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) โดยใช้วิธีการประมาณการวงเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับในปีงบประมาณ 2556 โดยอ้างอิงตามผลการให้บริการที่ผ่านมาเพื่อให้หน่วยบริการมีงบดำเนินการล่วงหน้าสำหรับการจัดบริการให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ และสำนักงานฯจะคำนวณจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานเป็นรายเดือน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การคำนวณเงินจัดสรรล่วงหน้า (Prepaid)

4.1.1 การบริการผู้ป่วยทั่วไปประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อประชากร (OP) ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากร การคำนวณจัดสรรล่วงหน้าใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิเดือนกรกฎาคม 2555 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2556 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจาก สปสช. เขต/ สาขาจังหวัด

4.1.2 เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ใช้อัตราต่อหัวประชากรที่ได้จากการคำนวณตามข้อ 3.2.1 - ข้อ 3.2.2 จัดสรรให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากร UC โดยการคำนวณจากการจัดสรรใช้ฐานประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 กรกฎาคม 2555 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2556 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามข้อมูลจริงที่ได้รับแจ้งจาก สปสช.เขต/จังหวัด

4.1.3 งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP) คำนวณจัดสรรเบื้องต้น โดยประมาณการค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่คาดว่าหน่วยบริการจะทำได้ทั้งปีจากผลงานของหน่วยบริการที่ผ่านมา จัดสรรเงินผู้ป่วยในกรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เบื้องต้นในอัตราที่ประมาณการได้ในแต่ละเขต ส่วนการจัดสรรเงินผู้ป่วยในกรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตคำนวณจ่ายอัตรานอกเขตต่อน้ำหนักสัมพัทธ์

1) สำหรับหน่วยบริการที่เข้าโครงการใหม่ในปีงบประมาณ 2556 และไม่เคยส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในตามระบบที่กำหนด จะคำนวณโดยเทียบเคียงข้อมูลกับหน่วยบริการในระดับเดียวกัน และมีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน

2) สำหรับหน่วยบริการบางแห่งที่มีผลการดำเนินงาน การบริการผู้ป่วยในไม่มาก หรือมีการให้บริการที่ไม่ต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะไม่คำนวณจัดสรรล่วงหน้าให้ แต่จะจัดสรรให้ตามผลงานจริงที่ส่งข้อมูลในปีงบประมาณ 2556

4.1.4 นำยอดเงินจากการคำนวณในข้อ 4.1.1 และ 4.1.3 รวมเป็นยอดเงินประมาณการที่ต้องจัดสรรให้กับหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการภาครัฐจะถูกหักเงินเดือนตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดส่วนหน่วยบริการเอกชนไม่หักเงินเดือน

4.2 การจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานให้หน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการคำนวณเงินจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการที่ทำได้จริง โดยจะคำนวณเป็นรายเดือน ซึ่งมีรายละเอียดการคำนวณจัดสรร ดังนี้

4.2.1 การบริการผู้ป่วยนอก (OP) คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2556 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คำนวณได้ตามข้อ 3.1 โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

4.2.2 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด คำนวณจากประชากรผู้มีสิทธิ UC (Point) รายเดือนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2556 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คำนวณได้ตามข้อ 3.2.1 - ข้อ 3.2.2 โดยปรับอัตราเหมาจ่ายให้เป็นสัดส่วนต่อเดือน

4.2.3 การบริการผู้ป่วยใน (IP) คำนวณตามผลงาน adjRW ของปีงบประมาณ 2556 โดยคำนวณอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันที่อัตราระดับเขตที่คำนวณได้ ส่วนอัตราจ่ายผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยนอกเขตคำนวณอัตราจ่ายที่ 9,600 บาทต่อ adjRW และไม่หักเงินเดือน

4.2.4 นำยอดเงินจากการคำนวณในข้อ 4.2.1-4.2.3 รวมเป็นยอดเงินประมาณการที่ต้องจัดสรรให้กับหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการภาครัฐจะถูกปรับลดค่าแรงตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ส่วนหน่วยบริการเอกชนไม่ปรับลดค่าแรง

5. การโอนเงินจัดสรรล่วงหน้าและจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการโอนเงินจัดสรรล่วงหน้าและเงินจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน ปีงบประมาณ 2556 ตามตารางกำหนดการจัดสรรเงิน ดังนี้

เดือน	การจัดสรรล่วงหน้า			การจัดสรรตามผลงานจริง			การหักคืนเงินจัดสรรล่วงหน้า	
	OP	PP Expressed Demand	IP	OP,PP Expressed Demand	IP	OP,PP Expressed Demand	IP	
ตุลาคม 2555	25%	25%	25%	-	-	แบ่งหัก 10 งวดๆ ละเท่าๆ กันของยอดเงินที่จัดสรรล่วงหน้า โดยจะเริ่มหักจากผลงานจริงเดือนต.ค. 55 - พ.ค. 56 หรือจนกว่าจะหักหนี้หมด	แบ่งหัก 8 งวดๆ ละเท่า ๆ กันของยอดเงินที่จัดสรรล่วงหน้า โดยจะเริ่มหักจากผลงานจริงเดือนต.ค. 55 - พ.ค. 56 หรือจนกว่าจะหักหนี้หมด	
พฤศจิกายน 2555	-	-	-	ตุลาคม 2555	-			
ธันวาคม 2555	-	-	-	พฤศจิกายน 2555	-			
มกราคม 2556	-	-	-	ธันวาคม 2555	-			
กุมภาพันธ์ 2556	-	-	-	มกราคม 2556	-			
มีนาคม 2556	-	-	-	กุมภาพันธ์ 2556	-			
เมษายน 2556	-	-	-	มีนาคม 2556	-			
พฤษภาคม 2556	-	-	-	เมษายน 2556	-			
มิถุนายน 2556	-	-	-	พฤษภาคม 2556	-			
กรกฎาคม 2556	-	-	-	มิถุนายน 2556	-			
สิงหาคม 2556	-	-	-	กรกฎาคม 2556	-			
กันยายน 2556	-	-	-	สิงหาคม 2556	-			
ตุลาคม 2556	-	-	-	กันยายน 2556	-			
พฤศจิกายน 2556	-	-	-		-			
ธันวาคม 2556	-	-	-		-			

หมายเหตุ สำหรับเขตนำร่องการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางการเงินให้เป็นไปตามแนวทางของเขตนำร่องได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.



ภาคผนวก 1

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน
และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2556

ภาคผนวก 1



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ (แก้ไขเพิ่มเติม)

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ นั้น สำนักงานได้รับงบประมาณเพิ่มเติมในรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในด้านการบริการทดแทนไต จำนวน ๒๓๗ ล้านบาท

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๔) มาตรา ๒๖(๑๔) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ และครั้งที่ ๑๐/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑ และข้อ ๖๗ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ และให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ (แก้ไขเพิ่มเติม) ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

ข้อ ๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จำนวน ๔ รายการ
ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑.บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๓๐๐,๖๙๙.๗๕๘
๑.๒ เงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ	๓๒,๗๙๕.๒๘๔
๒.บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๒๗๖.๘๓๐
๓.บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๔,๓๕๗.๗๘๕
๔.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๔๑๐.๐๘๘
รวม	๓๔๑,๕๓๙.๗๕๕
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)	๓๐๘,๗๔๔.๔๖๑

ข้อ ๖๗ เงินบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำนวน ๔,๓๕๗.๗๘๕ ล้านบาท จัดสรร
เป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการทดแทนไต	๔,๓๓๔.๐๗๕
๒. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๒๓.๗๑๐
รวม	๔,๓๕๗.๗๘๕



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

โดยที่เป็นการสมควรประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เพื่อให้การดำเนินงานและ
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และประชาชน
เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๔) มาตรา ๒๖(๑๔) มาตรา ๓๑ และ
มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับ
มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๐
กรกฎาคม ๒๕๕๕ มอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกประกาศไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตรา ที่คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตามเอกสารแนบท้าย
ประกาศนี้ หากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้แล้วในปีงบประมาณ
๒๕๕๕ ให้อนุโลมใช้ไปพลางก่อน จนกว่าจะได้มีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๕

หมวด ๑
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อ
 บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จำนวน ๔
 รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑.บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๐๐,๖๙๙.๗๕๘
๑.๒ เงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ	๓๒,๗๙๕.๒๘๔
๒.บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๒๗๖.๘๓๐
๓.บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๔,๑๒๐.๗๘๕
๔.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๔๑๐.๐๘๘
รวมทั้งสิ้น	๑๔๑,๓๐๒.๗๕๕
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)	๑๐๘,๕๐๗.๔๖๑

ข้อ ๒ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการ
 สาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมี
 ประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการ
 กระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม จึงครอบคลุมถึงการจ่ายให้แก่สถานบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือ
 บุคคล ที่สนับสนุนหรือส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้วย

ข้อ ๓ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมี
 ประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้
 อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๖ กำหนด
 ภายใต้นโยบายหลัก ดังนี้

- ๓.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- ๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- ๓.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพและการ
 บริการสาธารณสุข

9กษ
 4 ๖๖8

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๑

๓.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๓.๔.๑ การสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบงการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปลช.เขต) โดยเริ่มการดำเนินการนำร่องตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ในเขตพื้นที่ สปลช.เขต ๙ นครราชสีมา และ สปลช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร (เขตนาร่อง) สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ยังคงดำเนินการนำร่องต่อเนื่องในพื้นที่ สปลช.เขต ๒ เขตเดิม และจะขยายพื้นที่ สปลช.เขตนาร่องเพิ่มเติมอีกจำนวนหนึ่งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปลช.) กำหนด

๓.๔.๒ ในการดำเนินงานบริหารกองทุน ให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรวมทั้งองค์กรประชาชน ที่รับเงินสนับสนุนจาก สปลช. จัดทำข้อตกลงหรือสัญญา หรือหนังสือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน ตามที่ สปลช.กำหนด

๓.๔.๓ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้สถานบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล มีส่วนร่วมให้บริการได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สปลช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานกับ สปลช.

๓.๔.๔ กรณีการจ่ายเป็นยา หรือวัคซีน หรืออุปกรณ์ต่างๆ ให้สามารถจ่ายเป็นค่าชุดเซตตรงให้กับหน่วยบริการแทนได้ หากหน่วยบริการสามารถจัดหาได้ทั่วไปและต้นทุนค่ายา/หรือวัคซีน/หรืออุปกรณ์ต่างๆ ลดลงจนไม่เป็นอุปสรรคที่หน่วยบริการจะใช้ในการให้บริการ

๓.๔.๕ การดำเนินการมาตรการต่างๆ ที่ช่วยลดต้นทุนการบริการโดยหน่วยบริการสามารถให้บริการที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพบริการที่เหมาะสม

๓.๔.๖ ให้มีมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการ กรณีผู้ป่วยใน หรือภายหลังการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๕ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำนวน ๒,๗๕๕.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘,๔๔๕ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงิน ต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๔๘๓.๔๔
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๔๗๕.๘๕
๓. เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	๖๐.๙๔
๔. บริการกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)	๒๖๒.๑๐

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

จิกริ
14 ๖๖ ๕๕

๒

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๕. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๓๑๓,๗๖๐
๖. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๒,๘๘
๗. บริการการแพทย์แผนไทย	๗,๒๐
๘. ค่าเสื่อม	๑๒๘,๖๙
๙. ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	๔,๗๖
๑๐. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑	๕,๑๙
๑๑. เงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ	๐,๗๕
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๒,๗๕๕,๖๐

หมายเหตุ ประเภทบริการที่ ๕ ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัวที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๑๑ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๑๒ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๖ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๗ การบริหารจัดการเงินเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริหารเป็นบริการย่อย ๓ รายการ ได้แก่

- ๗.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
- ๗.๒ บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ
- ๗.๓ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ

ข้อ ๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการย่อยบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตามข้อ ๗.๑ จำนวน ๙๒๘,๕๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๘.๑ จำนวน ๗๕๗,๓๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน โดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดย

๘.๑.๑ หน่วยบริการประจำสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ปรับอัตราจ่ายที่ระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างกันจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ย±๑๐%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม

๑๗
๑๔ ๖๓ ๕๕

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๓

๘.๑.๒ หน่วยบริการประจำอื่นๆ ที่เหลือ ให้ปรับอัตราจ่ายที่ระดับหน่วยบริการประจำ และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละหน่วยบริการประจำต่างกัน จากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ย±๑๐%) ของอัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเฉลี่ยในกลุ่ม

๘.๑.๓ ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นต้น

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)						
	< ๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๕๖๒๙	๐.๔๑๔๙	๐.๒๙๔๐	๐.๔๑๕๕	๐.๗๙๔๐	๑.๓๗๓๓	๑.๙๕๕๓

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๓

๘.๒ จำนวน ๑๗๓.๐๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

ข้อ ๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการย่อยบริการที่จ่ายตามผลงานบริการตามข้อ ๗.๒ จำนวน ๑๘.๐๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ผลงานจากข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลทั้งในเชิงปริมาณงานและคุณภาพผลงานบริการ และจ่ายสำหรับข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลผู้รับบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๑๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการย่อยที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิตามข้อ ๗.๓ จำนวน ๓๗.๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ซึ่งมีหลักการสำคัญที่หน่วยบริการประจำต้องสนับสนุนส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลสุขภาพถึงบ้าน และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพด้วยความมั่นใจ โดยมีแนวทางดังนี้

๑๐.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐.๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ที่มีศักยภาพเชิงโครงสร้างและผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ โดยอย่างน้อยต้องเป็นไปตามเกณฑ์กลางที่ สปสช.กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับพื้นที่ได้ตามความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) โดยจัดสรรเงินเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ สปสช.เขต (global budget ระดับเขต) ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน ๕๐:๕๐ ทั้งนี้แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๑๐.๒ จำนวนไม่เกิน ๗ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเป็นค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิและสนับสนุนการผลิต พัฒนาและกระจายกำลังคนปฐมภูมิตามบริบทของพื้นที่และตามทิศทางที่ สปสช.กำหนด รวมถึงการกำกับติดตามและประเมินผล โดยจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ จัดสรรเป็น global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน ๓๐:๗๐ และแนวทางการจ่ายต้องผ่าน

ความเห็นชอบจาก อปสข. สำหรับส่วนที่เหลือเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสข. กำหนด

๑๐.๓ สำหรับพื้นที่ในความรับผิดชอบของ สปสข.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ให้สามารถกำหนดเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการบริการปฐมภูมิ โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ข้อ ๑๑ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามค่าใช้จ่ายจริง หรือในอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่รักษากับหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๒ สำหรับเขตนาร่อง กรณีข้อ ๘ ถึงข้อ ๙ ให้สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนดและต้องเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ข้อ ๑๓ กรณีที่จำนวนผู้มีสิทธิมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ ให้ สปสข.ใช้เงินกองทุนจากรายการ/ประเภทบริการอื่นๆ จ่ายไปก่อนและขอชดเชยจากรัฐบาล ส่วนกรณีที่มีอาจะมีเงินเหลือจ่าย ให้ สปสข.ปรับเกลี่ยระหว่างข้อ ๘ ถึง ข้อ ๑๐ ได้

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๔ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๕ การบริหารจัดการเงินเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสข.เขต ตามแนวทางการคำนวณ ดังนี้

๑๕.๑ คำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version ๕.๐ เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต ดังนี้

๑๕.๑.๑ กรณีการใช้บริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง) และกรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ (กรณีที่มีเหตุอันสมควร หรือกรณีอื่น ๆ ตามที่ระบุในข้อบังคับมาตรา ๗) ให้ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight : adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๖

๑๕.๑.๒ กรณีผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีข้อ ๑๕.๑.๑ ให้คำนวณจาก

9/กค
14/๑๑๕๕

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๕

(๑) ร้อยละ ๕๕ มาจากจำนวนผลงานที่เป็นค่าผลรวมของ adjRW (ตาม workload) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำแนกเป็นการให้บริการในเขตและการให้บริการนอกเขต

(๒) ร้อยละ ๔๕ มาจากจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐาน (relative weight : RW) ที่คำนวณมาจากค่า RW เฉลี่ยต่อผู้มีสิทธิตามโครงสร้างอายุเป็นค่าภาพรวมระดับประเทศ คูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำในแต่ละเขตพื้นที่ของ สป.สช.เขต(ตาม RW ต่อผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุ) จำแนกเป็นการให้บริการในเขตและการให้บริการนอกเขต ดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	๐-๔	๕-๙	๑๐-๑๙	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	๕๐-๕๙	>๖๐
ให้บริการในเขต	๐.๑๖๕	๐.๐๕๘	๐.๐๔๗	๐.๐๘๐	๐.๐๗๐	๐.๐๙๑	๐.๑๖๙	๐.๒๔๓
ให้บริการนอกเขต	๐.๐๑๔	๐.๐๐๔	๐.๐๐๓	๐.๐๐๙	๐.๐๐๘	๐.๐๐๗	๐.๐๐๙	๐.๐๐๙

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRGs version ๕ ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลปี ๒๕๕๒-๒๕๕๓ (ไม่รวมเด็กแรกเกิดทุกราย)

๑๕.๑.๓ การใช้แนวทางการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ใช้ในจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต จะใช้ตามแนวทางเดียวกันนี้ต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๖ โดยให้มีการปรับสัดส่วนระหว่างปัจจัยการคำนวณ ๒ ปัจจัยในแต่ละปี และให้มีการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปรับเปลี่ยนในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ดังนี้

ปีงบประมาณ	ตาม workload (sum adjRW)	ตาม RW ต่อ ปชก.รายกลุ่มอายุ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๔	๗๕%	๒๕%
ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	๖๕%	๓๕%
ปีงบประมาณ ๒๕๕๖	๕๕%	๔๕%

๑๕.๒ จำนวนเงิน global budget ระดับเขต คำนวณดังนี้

๑๕.๒.๑ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ให้เงินเท่ากับการจ่ายจริงในปีที่ผ่านมา

๑๕.๒.๒ กรณีสำรองเตียงและกรณีให้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW จากข้อ ๑๕.๑ คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๕.๒.๓ กรณีให้บริการในเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW เฉพาะบริการในเขตจากข้อ ๑๕.๑ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต โดยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขตมาจากการคำนวณภาพรวมระดับประเทศด้วยจำนวนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปทั้งหมดหักเงินในข้อ ๑๕.๒.๑ ถึงข้อ ๑๕.๒.๒ และหารด้วยผลรวมค่า adjRW เฉพาะบริการในเขต จากข้อ ๑๕.๑

๑๕.๓ การจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขต ให้คำนวณการจัดสรรจริงโดยประมาณการทั้งปีจากข้อมูลผลการให้บริการที่เกิดขึ้นที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๑๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต

๙/๖๐

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๑๔ ๒๕๕๕

๖

๑๖.๑ ให้กันเงินไว้เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการได้จำนวนไม่เกิน ๑๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยให้ อปสข. พิจารณาแนวทางการจ่ายตามข้อเสนอของ สปสช.เขต และที่เหลือให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕.๐

๑๖.๒ การจ่ายตามระบบ DRGs ให้จ่ายตามการใช้บริการที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายจำนวน adjRW ที่เกิดขึ้น และอัตราจ่ายต่อ adjRW โดยให้ อปสข.พิจารณาเป้าหมายจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่จะเกิดขึ้นและอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ให้แต่ละจังหวัดภายใต้เพดาน global budget ระดับเขตของแต่ละเขต

๑๖.๓ อัตราการจ่ายต่อ adjRW ดังนี้

๑๖.๓.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๔,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับและไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๔,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๖.๓.๒ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ adjRW และไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

๑๖.๓.๓ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ (ทั้งหน่วยบริการในระบบและนอกระบบ) ให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๑๖.๓.๔ การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละ global budget ระดับเขต โดยขึ้นอยู่กับจำนวนเงิน global budget ระดับเขตแต่ละเขต (Global budget) กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของแต่ละเขต และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายต่อ adjRW ต้องไม่เกิน ๔,๖๐๐ บาทต่อ adjRW โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

๑๖.๔ การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ให้ สปสช.เขตสามารถกำหนดอัตราจ่ายต่อ adjRW เบื้องต้นที่อัตราหนึ่ง โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และต้องจ่ายให้หมด global budget ระดับเขตตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้ อปสข. พิจารณาเงินส่วนที่อาจจะเหลือ (จากการกำหนดเป้าหมายและอัตราจ่ายต่อ adjRW เบื้องต้น) ให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้

๑๖.๕ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ

๑๖.๖ ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกันเพื่อร่วมกันตรวจสอบและพัฒนาระบบการจัดบริการ โดยเฉพาะกรณีมีการใช้บริการนอกเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่า ๒) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ ทั้งการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

๑๖.๗ ให้นำหน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๖

ข้อ ๑๗ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่มีสิทธิ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๑๖

ส่วนที่ ๓ เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง

ข้อ ๑๘ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายเพิ่มเติมโดยคำนึงถึงต้นทุนคงที่สูงสำหรับหน่วยบริการประจำสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายหน่วยบริการ หรือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้จัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ ๑๙ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง

๒๐.๑ ให้ใช้ผลการศึกษาสมการต้นทุนของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) ที่มีโรงพยาบาลขนาด ๑๐-๑๒๐ เตียง และข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการ โดยประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุน ดังนี้

๒๐.๑.๑ จำนวนรายจ่ายที่นำจะเป็นสำหรับปี ๒๕๕๖ ของ CUP เป้าหมายตาม ตัวแปรสมการต้นทุน โดยเป็นค่าต้นทุนคงที่ (Fix cost) ในสัดส่วนของบริการที่เกิดจากระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติราย CUP และค่าต้นทุนผันแปรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่นำจะเป็นในพื้นที่ที่ดูและระดับ จังหวัด

๒๐.๑.๒ เปรียบเทียบผลคำนวณข้อ ๒๐.๑.๑ กับการคำนวณจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปตามข้อ ๘ หากมากกว่า ให้จ่ายเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง เท่ากับผลต่างระหว่างผลกรคำนวณข้อ ๒๐.๑.๑ กับข้อ ๘

๒๐.๒ สำหรับจังหวัดที่มีผู้มีสิทธิลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน ปรับให้ภาพรวมของงบระดับจังหวัด (เฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป ผู้ป่วยนอกที่จ่ายแบบ เหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง และค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพป้องกัน โรค) หลังปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐได้ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทุกจังหวัดหักหนึ่งส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าเฉลี่ย-1SD)

๒๐.๓ ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้พิจารณาสำหรับการ จ่ายเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูงให้หน่วยบริการเป้าหมายกรณีที่มีหน่วยบริการเป้าหมายมี

จิกรั

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

14 ๖๖๕

๘

ภาระในการสงเคราะห์การให้บริการแก่บุคคลอื่นๆ เช่น หน่วยบริการในพื้นที่ติดชายแดนของจังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน สระแก้ว หรือกรณีอื่นๆ

๒๐.๔ กรณีมีงบประมาณเหลือให้จัดสรรให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรสิทธิ ในอัตราเดียวกัน

ส่วนที่ ๔

บริการกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)

ข้อ ๒๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง (รวมยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง และ บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด) /อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/การบริหารจัดการโรคเฉพาะและ บริการเฉพาะ

ข้อ ๒๒ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๒๓ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีบริการค่าใช้จ่ายสูง (รวมยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๒๓.๑ หักลดการและการวินิจฉัยที่มีปัญหาการเข้าถึง โดยคำนวณอัตราจ่ายที่เป็นค่ายา / ค่าใช้จ่าย และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตามระบบ Point system with ceiling and global budget ดังนี้

๒๓.๑.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน ที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ ที่ สปสช.ประกาศกำหนด

(๑) จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่า ดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคากลางของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัด โรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด

(๒). สปสช.อาจสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัด โรค และมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมดำเนินการจัดส่งตามระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

๒๓.๑.๒ การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตาม ค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท

๒๓.๑.๓ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ ๑๒,๐๐๐ บาท

๒๓.๑.๔ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับบริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการทำให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาที่ สปสช.กำหนดเงื่อนไขบริการ (protocol) และ

ราคากลางตาม protocol เป็นการเฉพาะ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ตาม protocol สำหรับการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีกำหนด protocol จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒๓.๑.๕ รายการที่เป็นการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดของบริการแบบ ambulatory care (พักสังเกตอาการหลังบริการ ๑-๒ วัน) จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด และต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ สปสช.ประกาศเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ทั้งนี้หากมีการให้บริการหัตถการโรคหัวใจมากกว่า ๑ รายการในการรับบริการ ๑ ครั้งให้จ่ายเพียง ๑ รายการ เฉพาะรายการที่มีราคากลางสูง

๒๓.๑.๖ บริการทันตกรรมจัดฟันและฟลักซูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ โดยเหมาจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาทต่อคน (ตั้งแต่แรกรับจน Complete Case) และเหมาจ่ายค่าบริการฟลักซูดปีละ ๓,๘๕๐ บาทต่อคน

๒๓.๑.๗ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายส่วนที่ไม่เกินเพดานต่อครั้งบริการที่ สปสช.กำหนด และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

๒๓.๒ ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ดังนี้

๒๓.๒.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อการจัดบริการให้ยาขับธาตุเหล็ก สำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

๒๓.๒.๒ การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) เพื่อให้บริการส่วนประกอบของเลือดให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดหรือป้องกันภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ โดยแบ่งการดูแลตามอายุและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นทั้งผู้ป่วยรายเก่าที่ได้ลงทะเบียนไว้แล้ว และผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ร่วมในโครงการการบริหารจัดการโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

๒๓.๒.๓ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) โดยจัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) สดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา ที่ สปสช.กำหนด

๒๓.๒.๔ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ โดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้ง

๒๓.๒.๕ การติดเชื้อมวยโอกาสในผู้ป่วย เอช ไอ วี

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๑/๑๖

๑๔/๑๓๕๕

๑๐

(๑) สำหรับการให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ ๓,๐๐๐ บาท กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษา

(๒) สำหรับการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ได้แก่ การฉีดยา Ganciclovir เข้าที่ vitreous จ่ายครั้งละ ๒๕๐ บาทต่อข้างต่อสัปดาห์ หรือครั้งละ ๕๐๐ บาทต่อข้างต่อ ๒ สัปดาห์

(๓) สำหรับกรณีอื่นๆ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์กำหนดเพิ่มเติม

๒๓.๒.๖ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เป็นการสนับสนุนยารายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา โดยแนวทางการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช.กำหนด สำหรับยารายการต่างๆ ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory licensing :CL) ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาตามบัญชี จ(๒) และยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยาแก้ปวด เป็นต้น

ข้อ ๒๔ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒๔.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนดไว้ในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๖

๒๔.๒ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทางตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๖

๒๔.๓ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา ๘) การเข้ารับบริการครั้งแรก ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจัดจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs with global budget และอัตราการจัดจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system with global budget โดยคำนวณ point จากราคาเรียกเก็บ

๒๔.๔ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๗ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ หรือกรณีเด็กแรกเกิดทุกราย ให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนดไว้ในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๖

ข้อ ๒๕ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Disease management initiative and special services) โดยการจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช. กำหนดในแต่ละรายการ ดังนี้

๒๕.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) โดยการสนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการการดูแลรักษาและวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่มีอาการและการใช้ยาในกลุ่มเดียวกับผู้ป่วย

โรคหืด ให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒๕.๒ การดูแลผู้ป่วยวัยโรค ครอบคลุมค่ายา ค่าขนส่งทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัยโรค การบันทึกข้อมูล การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลรักษาวัยโรค โดยหน่วยบริการเปื่อยารักษาวัยโรคจากองค์การเภสัชกรรม

๒๕.๓ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ในเด็กและผู้ใหญ่เฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัย กระบวนการรักษาต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูง โดยเฉพาะในช่วงแรกของการรักษา จึงได้กำหนดให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาที่ สปสช.กำหนด

๒๕.๔ การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเป็นบริการที่ดำเนินการให้บริการในโรงพยาบาลและการดำเนินงานแบบหน่วยเคลื่อนที่

๒๕.๕ การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนำออกจากกระบบทางเดินปัสสาวะ

๒๕.๖ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยสนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการ ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ร่วมกับครอบครัว/ผู้ดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิต

๒๕.๗ การหารูปแบบการดำเนินการบริหารจัดการโรคที่เหมาะสม จึงกำหนดให้มีการดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ ในบางกิจกรรม/โรค ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การให้ไตมาซึ่งดวงตาที่จะใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation) เป็นต้น

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงิน ระหว่างประเภทบริการ ข้อ ๒๓ ถึง ข้อ ๒๕ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๕ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๒๗ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวสำหรับประชาชนไทยทุกคน

ข้อ ๒๘ เงินที่ได้รับจำนวน ๓๓๓.๗๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๔๔๕ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคน ๖๕.๔๐๕ ล้านคน จึงเท่ากับ ๒๓๒.๓๖ บาทต่อคน^{*}

ข้อ ๒๙ การบริหารจัดการเงินบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ได้แก่

* บาทต่อคน หมายถึง จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน

๒๙.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

๒๙.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)

๒๙.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services)

๒๙.๔ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒๙.๕ บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

ข้อ ๓๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศตามข้อ ๒๙.๑ จำนวน ๒๕.๗๒ บาทต่อคน เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

๓๐.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยให้หน่วยบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๓๐.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพื่อเป็นค่าวัคซีน และค่าการจัดการวัคซีนป้องกันโรคใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ทุกกลุ่มอายุ ผู้ที่อายุมากกว่า ๖๕ ปี และกลุ่มเป้าหมายที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้หน่วยบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ สำหรับค่าการจัดการเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราที่ สปสช.กำหนด

๓๐.๓ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารก และสุขภาพนักเรียนตามความจำเป็น โดยสนับสนุนผ่านกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดพิมพ์และจัดสรรให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๓๐.๔ ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและนโยบายรัฐบาล เป็นค่าใช้จ่ายบริการและ/หรือค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล หน่วยงานและองค์กรอื่น เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ลดอัตราป่วย/ตาย และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โดยเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. หรือร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๓๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัดตามข้อ ๒๙.๒ จำนวน ๑๒๔.๙๖ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาล เพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนไทยทุกคนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการหรือบริการในชุมชน โดยมีกรจ่ายดังนี้

๓๑.๑ จำนวนไม่เกินร้อยละ ๘๐ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชาชนทุกสิทธิตามชุดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็ก ๐-๕ ปี เด็ก ๖-๑๒ ปี ผู้ใหญ่ ๓๐-๖๐ ปี และผู้สูงอายุ) และตามปริมาณผลงานบริการปีที่ผ่านมา โดยคำนวณเป็นภาพรวมของแต่ละหน่วยบริการประจำ

รศ

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

16 ส.ค.๕๕

๑๓

และจังหวัด ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด (อปสจ.) ปรับเปลี่ยนและแจ้งจัดสรรเพื่อ
จ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำ

๓๑.๒ จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ทั้งนี้การจ่าย
เป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

๓๑.๓ สำหรับเขตบารุงสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็นอย่างอื่นได้ แต่อย่างน้อย
ต้องได้ผลงานและข้อมูลการบริการตามข้อ ๓๒.๑ และข้อ ๓๒.๒ และต้องเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่
ตามข้อ ๒๔.๓ จำนวน ๕๗.๔๐ บาทต่อคน โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

๓๒.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน ในรูปแบบความ
ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย
จัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน ใน
อัตราเหมาจ่าย ๕๐ บาทต่อประชาชนไทยทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบของท้องถิ่นนั้น

๓๒.๒ จำนวนที่เหลือจากการจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่หรือตามนโยบาย
สำคัญ บริการที่ต้องมีการบริหารจัดการในภาพรวมระดับเขตหรือจังหวัดรวมถึงการตามจ่ายค่าบริการแทน
หน่วยบริการ และจ่ายเพื่อจูงใจให้เกิดการบริการที่เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพผลงานบริการ โดยให้
เป็นการบริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขตตามที่ สปสช.กำหนด และ
แนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๒.๓ กรณีพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายเป็น
อย่างอื่นได้ แต่ต้องเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่าน
ความเห็นชอบของ อปสช.

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคตามข้อ ๒๔.๔ จำนวน ๗.๖๘ บาทต่อคน โดยบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศเพื่อกำกับติดตามและ
ประเมินผล และมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลการบริการทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่
รวมถึงการพัฒนาาระบบสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการ ด้านศักยภาพบุคลากร ด้านการบริการ ด้านการ
บริหารจัดการ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและภาคประชาชน และ
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันตามข้อ ๒๔.๕ จำนวนเงิน
๑๖.๖๐ บาทต่อคน เพื่อบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันสำหรับคนไทยทุกคน โดยให้ความสำคัญกับกลุ่ม
เด็มนักเรียนประถมศึกษา เด็กปฐมวัย และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพไปกับ
งานอนามัยโรงเรียน เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

ร/ค

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

14 ๒๕๕๕

๓๔

๓๔.๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๕ ของค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการประจำและสปสข.สาขาจังหวัด ตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสข.กำหนด

๓๔.๒ ไม่เกินร้อยละ ๕ ของค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยการจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราที่ สปสข.กำหนด

ข้อ ๓๕ กรณีที่อาจมีเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๓๐ ถึงข้อ ๓๔ ให้ สปสข.ปรับเสียได้

ส่วนที่ ๖ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๖ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย คนพิการ และผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๓๗ การบริหารจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และค่าสนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีดังนี้

๓๘.๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จ่ายตามเงื่อนไขบริการ หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสข.กำหนด โดยครอบคลุม

๓๘.๑.๑ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการที่ สปสข.กำหนดและอื่นๆที่จำเป็นตามการพิจารณาของ อปสข.

๓๘.๑.๒ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้ที่มีจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ใช้รูปแบบการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ การบริการในชุมชน และการบริการในระบบทางเลือกต่างๆ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน global budget ระดับเขตแล้ว)

๓๘.๑.๓ ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

๓๘.๑.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

๓๘.๒ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งหมด ให้เป็นเงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และภาคอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น โดยการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสข. กำหนด

๓๘.๓ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๘.๑ และข้อ ๓๘.๒ ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระคัมภีร์จังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระคัมภีร์จังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ และอัตราการสนับสนุนให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

๓๘.๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการรับส่งผู้พลภาพไปกลับหน่วยบริการ โดยการบริหารจัดการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามความเหมาะสม

ข้อ ๓๙ กรณีที่อาจมีเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๓๘.๑ ถึง ข้อ ๓๘.๒ ให้ สปสช.ปรับเกลี้ยได้

ส่วนที่ ๗ บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๔๐ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในการบริการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๑ การบริหารเป็นเงินค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จำนวนเงิน ๗.๒๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

๔๒.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๖.๘๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการสำหรับการจัดให้มีบริการและผลงานบริการเวชกรรมแผนไทยโดยนักการแพทย์แผนไทย การบริการนวด ประคบ อบสมุนไพรเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและแม่หลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติ และการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยอย่างน้อยต้องเป็นไปตามเกณฑ์กลางที่ สปสช.กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับพื้นที่ได้ตามความเห็นชอบจาก อปสช. และให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต มีการจัดสรรเงินเป็น global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและผลงานบริการในปีที่ผ่านมา ในสัดส่วน ๗๐:๓๐ และแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๔๒.๒ จำนวนไม่เกิน ๐.๓๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทย โดยเน้นความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันทางวิชาการ องค์การเอกชน) และกลไกบริหารจัดการระดับจังหวัดในการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย รวมถึงการพัฒนาข้อมูล การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๔๓ กรณีที่อาจมีเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๔๒.๑ ถึง ข้อ ๔๒.๒ ให้ สปสช.ปรับเกลี้ยได้

ส่วนที่ ๔ คำเชื่อม

ข้อ ๔๔ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่จ่ายชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้หน่วยบริการนำไปใช้จัดหา ด้วยการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า เพื่อการทดแทนส่วนขาด และซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่เสื่อมสภาพ หรือดัดดอย หรือเสียหายจนไม่สามารถใช้งานได้ดั้งเดิม จากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๕ การบริหารจัดการคำเชื่อม บริหารเป็น ๓ กลุ่มตามสังกัดของหน่วยบริการดังนี้

๔๕.๑ สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๔๕.๒ สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นๆ ยกเว้นหน่วยบริการตามข้อ ๔๕.๑

๔๕.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดภาคเอกชน

ข้อ ๔๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินคำเชื่อม มีดังนี้

๔๖.๑ จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่ง ยกเว้นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคและหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๖

๔๖.๒ จ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิและผลงานที่เกิดขึ้น โดย

๔๖.๒.๑ คำเชื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้จ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยบริการประจำ

๔๖.๒.๒ คำเชื่อมสำหรับบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

๔๖.๓ ให้แบ่งสัดส่วนค่าเชื่อมระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอุดรต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๕

๔๖.๔ งบการเงินของหน่วยบริการภาครัฐทั้งหมดมาจัดสรรเป็น 3 ส่วน ดังนี้

๔๖.๔.๑ ส่วนของหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔๖.๔.๒ ส่วนของการสนับสนุนการพัฒนาบริการดียวภูมิเฉพาะด้าน

๔๖.๔.๓ ส่วนของหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น ๆ ยกเว้นหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔๖.๕ สำหรับหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้แบ่งการบริหารจัดการและวงเงินออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๔๖.๕.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ บริหารจัดการระดับประเทศ

๔๖.๕.๒ ไม่เกินร้อยละ ๒๐ บริหารจัดการระดับเขต

๔๖.๕.๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ บริหารจัดการระดับจังหวัด/หน่วยบริการ

๖๓๖

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔๖/๒๕๕๕ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๖๓๖

๓๗

๔๖.๖ กรณีที่มีหน่วยบริการสาออก และมีการโอนถ่ายประชากรกลางปีงบประมาณ ให้โอนงบค่าเสื่อมให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๔๖.๗ การเรียกคืนเงินค่าเสื่อม จะไม่มีการเรียกคืนเงินค่าเสื่อม หากหน่วยบริการอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครบปีงบประมาณ แต่การเรียกคืนเงินค่าเสื่อมจะเกิดขึ้นกรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๗ การบริหารจัดการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช.กำหนด

ส่วนที่ ๙

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๘ การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนากิจการบริการ ให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยมีการกำหนดการจ่ายไว้ในประเภทบริการต่างๆ คือบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก global budget ระดับเขต บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการ และส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ ซึ่งการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการทุกประเภท เป็นการจ่ายตามผลสัมฤทธิ์ตามคุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ มีเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๔.๗๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีเกณฑ์คุณภาพกลางที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์คุณภาพระดับพื้นที่ได้ โดยเป็นการบริหารจัดการระดับเขต

ข้อ ๕๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๑๐

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ

ข้อ ๕๑ เป็นค่าช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๒ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๕๓ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๔ กรณีที่เงินไม่เพียงพอ ให้ สปสช. ใช้จ่ายไปก่อน และให้ของงบประมาณทดแทนในปีถัดไป

ร.ร.ว

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

14 สิงหาคม

๑๘

ส่วนที่ ๑๑

เงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ

ข้อ ๕๕ เป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๖ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๕๗ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ส่วนที่ ๑๒

การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ที่ให้บริการผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๘ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเป็นเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือน ดังนั้น จึงต้องมีการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐออกจากงบประมาณที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนเงินเดือนที่ต้องหักเท่ากับที่สำนักงานประมาณระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี

ข้อ ๕๙ แนวทางการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๕๙.๑ แยกเหตาดำเนินเงินเดือนที่ต้องหักจากหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการภาครัฐอื่นๆ โดยการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๕๙.๒ ให้ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง และค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้ได้จำนวนเงินเท่าที่ สปสช.กำหนด และให้มีการเกื้อหนุนระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๕๙.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้น สป.สธ.)

๕๙.๓.๑ สำหรับ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องหักให้ได้จำนวนเงินเดือนตามที่กำหนด และแนวทางการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐต้องผ่านความเห็นชอบของ สปสช.

๕๙.๓.๒ สำหรับ สปสช.เขต ๑ - ๑๒ ให้บริหารการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐเป็นภาพรวมระดับเขต โดยให้ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจากรายรับ

วิภา

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

14/๓๕๕

๑๔

ที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการให้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินรวมตามที่ สปสช.กำหนด

๕๔.๕ วิธีการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สร. ให้บริหารการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐเป็นภาพรวมในระดับจังหวัด โดย

๕๔.๕.๑ ให้ สปสช. เป็นผู้พิจารณาเกี่ยวกับการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐระหว่างหน่วยบริการประจำภายในจังหวัด รวมทั้งพิจารณาการกันเงินระดับจังหวัดตามขอบเขตและหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดจากภาระความเห็น โดยหลักเกณฑ์อาจกำหนดเป็นเพดานจำนวนเงินที่จะกัน หรือกำหนดกรอบการใช้เงินระดับจังหวัด หรือกำหนดให้มีกระบวนการในการรองรับกรอบการใช้เงินก็ได้

๕๔.๕.๒ กรณีที่อาจมีการเกลี่ยระหว่างจังหวัด ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่าง สปสช. และ สป.สร. เป็นผู้พิจารณา โดยให้คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามความเหมาะสม ทั้งนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังมีข้อเสนอแนะว่าควรจะปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐแต่ละจังหวัดไม่เกินค่าเฉลี่ยเงินเดือนต่อผู้มีสิทธิ+1SD

หมวด ๓

รายการบริการผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๐ เงินบริการผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำนวน ๓,๒๗๖.๘๓๐ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๓,๒๓๔.๓๓๐
๒. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๔๒.๕๐๐
รวม	๓,๒๗๖.๘๓๐

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๒ ดังนี้

ส่วนที่ ๑

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้การปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๒ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๖๓ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๖๓.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการค้าสุรา และต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัส โดยองค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาให้หน่วยบริการเมื่อหน่วยบริการได้บันทึกข้อมูลการใช้บริการ ตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

๖๓.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามผลงานและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ในอัตราดังนี้

๖๓.๒.๑ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR จ่ายให้หน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR กับสปสช. ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (รวมอุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างตรวจและค่าขนส่งแล้ว)

๖๓.๒.๒ การตรวจวัดระดับ CD4 จ่ายให้หน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ CD4 กับสปสช. ในอัตราไม่เกิน ๕๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล หรือชดเชยเป็นเงินร่วมกับน้ำยาตรวจ (จัดซื้อรวม) ในอัตราที่สปสช.กำหนด

๖๓.๒.๓ การตรวจวัดระดับปริมาณไวรัส (Viral load) จ่ายให้หน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ Viral load กับสปสช. ในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล ร่วมกับชดเชยน้ำยาตรวจ (จัดซื้อรวม) ในอัตรา ๑.๑ test ต่อการตรวจรู้ผล

๖๓.๒.๔ การตรวจเชื้อไวรัสดื้อต่อยา (Drug resistance) จ่ายให้หน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ Drug resistance กับสปสช. ในอัตราไม่เกิน ๘,๕๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ Commercial kits) และไม่เกิน ๕,๕๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ In-house) หรือชดเชยเป็นเงินร่วมกับน้ำยาตรวจ (จัดซื้อรวม) ในอัตราที่สปสช.กำหนด

๖๓.๒.๕ การตรวจเลือดพื้นฐาน (CBC,BS,Cr,TG,Chol,ALT) จ่ายให้หน่วยบริการที่จ่ายยาต้านไวรัส ในอัตรา ๒๕ บาทต่อการตรวจรู้ผลต่อรายการ

๖๓.๒.๖ ค่าตอบแทนตามภาระงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ CD4 หรือ Viral load กับ สปสช. ในอัตรา ๙ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ CD4) และ ๒๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ Viral load)

๖๓.๒.๗ วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือดและค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ จ่ายให้หน่วยบริการหรือหน่วยขึ้นสูตรที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช. ในอัตรา ๒๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ CD4, Viral load) และ ๑๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ Drug resistance)

๖๓.๓ บริการให้การปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อ

๖๓.๓.๑ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ตามผลงานและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ในอัตรา ๑๔๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล

๖๓.๓.๒ ค่าตอบแทนตามภาระงานบริการปรึกษา จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอัตรา ๗ บาทต่อครั้ง (บริการปรึกษาเป็นกลุ่มคิดเป็น ๑ ครั้ง)

๖๓.๓.๓ ค่าตอบแทนตามภาระงานการบันทึกข้อมูลการรักษา จ่ายให้หน่วยบริการที่จ่ายยาต้านไวรัสในอัตรา ๒๐ บาทต่อครั้งที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการ โดยรวมถึงการบันทึกข้อมูลการรักษา บริการปรึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๓.๓.๔ สนับสนุนอาสาสมัครผู้ติดเชื้อติดตามการรักษาและเยี่ยมบ้าน โดยจัดสรรเงินสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่ปฏิบัติงานในศูนย์อภัยร่วม ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๖๓.๓.๕ สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ติดเชื้อและผู้รับบริการ เป็นการจัดซื้อถุงยางอนามัย และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อและผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๒

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๔ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประชาชนกลุ่มเฉพาะ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๖๕ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๖๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

๖๖.๑ การฟื้นฟูพัฒนาระบบบริการปรึกษา โดยสนับสนุนเงินแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินโครงการฟื้นฟูพัฒนาระบบบริการปรึกษาเอชไอวีให้มีคุณภาพ

๖๖.๒ การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสนับสนุนเงินแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพ และจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

๖๖.๓ การอบรมให้ความรู้ทีมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, นักวิชาการ, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ, อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ, ผู้บันทึกข้อมูล, ผู้วิเคราะห์ข้อมูล, ผู้ประสานงานเอชไอวี, RAC, BAC ฯลฯ สำหรับจัดประชุมสัมมนา หรือสนับสนุนเข้าร่วมการประชุมสัมมนาด้านเอชไอวีภายในประเทศที่องค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานวิชาการต่างๆจัดขึ้น หรือผลิตเอกสารต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี

๖๖.๔ การตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการเอชไอวี โดยจัดให้มีการตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการเอชไอวี ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตาม

หลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด และสนับสนุนการตรวจรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Laboratory accreditation: LA) ของหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

๖๖.๕ พัฒนาระบบการกำกับ/ติดตาม/ประเมินผล โดยสนับสนุนและดำเนินการ กำกับ/ติดตาม/ประเมินผล การดำเนินงานด้านเอชไอวีเอดส์ทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และกำกับติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่

หมวด ๔ รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๖๗ เงินบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำนวน ๔,๑๒๐.๗๘๕ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการทดแทนไต	๔,๐๙๗.๙๓๕
๒. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๒๒.๘๕๐
รวม	๔,๑๒๐.๗๘๕

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละประเภทบริการให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๒ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ บริการทดแทนไต

ข้อ ๖๘ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จะครอบคลุมการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีที่มีน้ำดีตีตันแต่กำเนิด

ข้อ ๖๙ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีที่มีน้ำดีตีตันแต่กำเนิด เป็นไปตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังนี้

๗๐.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วย

วิมล

ตามคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

14/๒๕๕๕

๒๓

อย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการ
สร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
จากการการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่ง
ประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

๗๐.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า
ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับ
บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง^๖ และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง
โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ด
เลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น
ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๐.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
รายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์
จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๐.๔ การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้รับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค
โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับ
บริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผล
ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๐.๕ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีพ่อน้ำดีติดกันแต่กำเนิด
ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำหัวใจ
และตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมี
ภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ก่อนและตั้งแต่วันที่
๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ก่อนและ
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๐.๖ ในระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๖ หากเงินที่กำหนดไว้ในรายการบริการผู้ป่วยไต
วายเรื้อรังตามหมวดที่ ๔ ไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนบริการทดแทนไตมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับ
งบประมาณ และการยกเลิกการร่วมจ่ายกรณีการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้
ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม
๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ สปสช.ใช้เงินกองทุนจากรายการ
ประเภทบริการอื่นๆ จ่ายไปก่อน และให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป

^๖ ๖. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ยกเลิกการร่วมจ่ายตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕
เป็นต้นไป สำหรับกรณีการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๖. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

รับ
นาง

ส่วนที่ ๒

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อ ๗๒ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๗๓ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด (อายุไม่เกิน ๑๘ ปี) และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ เช่น การพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สปสช.กำหนด

หมวด ๕

รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๗๔ เงินบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จำนวน ๔๑๐.๐๘๘ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยมีหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๗๕ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน

ข้อ ๗๖ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๗๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวเพื่อให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด



ภาคผนวก 2

รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม
และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 2

รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.2554 ลงวันที่ 30 กันยายน 2554 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 นั้น ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 จะคงจำนวนรายการและราคากลางไว้ตามประกาศดังกล่าว โดยจะมีการปรับแก้ข้อบ่งชี้และชื่ออุปกรณ์ภาษาอังกฤษในบางรายการให้ถูกต้อง ดังนี้

1. หมวด 5 ทางเดินอาหาร ลำดับที่ 5.5 เครื่องมือช่วยการผ่าตัดอวัยวะแบบอัตโนมัติ ปรับแก้ไขข้อบ่งชี้

1.1 รหัส 5501 เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม ปรับแก้ไขข้อบ่งชี้เป็น “ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้”

1.2 รายการ 5502 เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ ปรับแก้ไขข้อบ่งชี้เป็น “ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้”

1.3 รายการ 5503 เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้ ปรับแก้ไขข้อบ่งชี้เป็น “ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้”

2. หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด ลำดับที่ 4.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ

2.1 รหัส 4511 แก้ไขเฉพาะชื่อภาษาอังกฤษในวงเล็บเป็น.....(Disposable defibrillation electrode, disposable pacing electrode)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการบำบัดโรค
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการบำบัดโรค ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ เป็นต้นไป อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศตามข้อ ๔ และข้อ ๒๔.๒ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔ ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน่วยบริการใดใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพื่อการบำบัดโรค ตามรายการและข้อบ่งชี้ในเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ เพื่อให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้หน่วยบริการนั้นมีสิทธิได้รับ

(๑) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๕ แต่ไม่เกินราคากลางตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

(๒) อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม เฉพาะรายการที่องค์กรเภสัชกรรมดำเนินการจัดส่งให้ตามระบบ Vendor Managed Inventory (VMI)

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๔

(นายวินัย ฐวณิช)


เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๕๕
ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		หมวด ๑ ระบบประสาท			
๑๐๐๐	๑.๐	กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึด กระโหลก			
๑๐๐๑		๑.๐.๑ กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic implant)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ แผ่นชุดประกอบด้วยผง Methylmethacrylate ๑ ซอง และ solution ๑ ขวด			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลก ขาดหายไป			
๑๐๐๓		๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitute)	แผ่นละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นบาง ๆ ทำจากสารสังเคราะห์หรือ เนื้อเยื่อ			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไปหรือปกคลุมสมองหรือ ไขสันหลัง ในส่วนที่บวมจนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้			
๑๑๐๐	๑.๑	ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่อง กระโหลก			
๑๑๐๑		๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)	ชุดละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง ออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วยท่อต่อเชื่อมสมอง และ ไขสันหลัง (Ventricular catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำและ ท่อต่อเชื่อม			
		ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง			
๑๑๐๒		๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)	ชุดละ	๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกักตุน และสายต่อภายในช่องท้องหรือ			

๑๓๓๖.๕

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (connector)			
		ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)			
๑๑๐๕		๑.๑.๕ คีบหนีบทลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm)	อันละ	๖,๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นคีมหนีบทลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือด แดงโป่งพอง			
		หมวด ๒ ตา หู คอ จมูก			
๒๐๐๐	๒.๐	ลูกตา กระดาษตา และเลนส์แก้วตาเทียม			
๒๐๐๑		๒.๐.๑ ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis)	ข้างละ	๑,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสาร สังเคราะห์หยาบๆ โดยทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ			
๒๐๐๒		๒.๐.๒ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน	อันละ	๒๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็ง ๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ผ่าตัดเอาลูกตาออก			
๒๐๐๓		๒.๐.๓ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant)	อันละ	๑๓,๕๐๐	
		ลักษณะ รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง เอาลูกตาออก			
๒๐๐๔		๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital implant for orbit)	อันละ	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำ ได้จากวัสดุหลายชนิด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		กระจกที่หัก			
๒๐๐๕		๒.๐.๕ กระจกตาเทียม (Corneal prosthesis)	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น			
๒๐๐๖		๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	ชิ้นละ	๒,๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อ			
		ช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์			
		แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา			
๒๐๐๗		๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens)	ชิ้นละ	๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อ			
		ช่วยในการมองเห็นมีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์			
		แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา			
๒๑๐๐	๒.๑	วัสดุเครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา			
๒๑๐๑		๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่น			
		ซิลิโคน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตา			
		ในกรณีที่ เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัด			
		อื่น เช่น โรคหนังตาตก			
๒๑๐๒		๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)	หลอดละ	๖,๔๐๐	
		ลักษณะ เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัด			
		จอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๐๓		๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone oil)	หลอดละ	๕,๔๐๐	

๑๓๓๖

-๙-


รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ มีลักษณะเป็นน้ำมันใส			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๐๔		๒.๑.๔ การสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular gas)	ครึ่งลิตร	๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้และอยู่ในลูกตาได้นาน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๑๓		๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitreotomy set)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา			
๒๑๑๕		๒.๑.๑๕ ไบโม่ตัดกระจกตา (Corneal trephine)	ชุดละ	๕,๔๐๐	
		ลักษณะ เป็นไบโม่ผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา			
๒๒๐๐	๒.๒	แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอากว้าตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีใส่เลนส์แก้วตาเทียม)			
		ข้อบ่งชี้ รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอากล้ามเนื้อตาออก และใส่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม			
๒๒๐๑		๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน (Distance eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
๒๒๐๒		๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน (Near eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
		(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	ข้างละ	๙๐๐	
๒๒๐๓		๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens)	ข้างละ	๑,๓๐๐	
๒๒๐๔		๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๒๐๕		๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft contact lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๔๐๐	๒.๔	อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู			
๒๔๐๑		๒.๔.๑ กระดุมหูเทียม ชนิดแยกชิ้น	ชิ้นละ	๒,๙๐๐	

D. ๐๖๖๖ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลีเมเมอร์ ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)			
๒๔๐๒		๒.๔.๒ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis)	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลีเมเมอร์ ลักษณะคล้ายร่ม			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน			
๒๔๐๓		๒.๔.๓ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis)	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลีเมเมอร์			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน			
๒๔๐๔		๒.๔.๔ ไบพูเทียม	ข้างละ	๑๐,๔๐๐	
		ลักษณะ ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ที่ไบพูขาดไม่สามารถटकแต่งกลับมาได้			
๒๕๐๐	๒.๕	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ และอุปกรณ์อื่นเกี่ยวกับหู			
๒๕๐๑		๒.๕.๑ เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๑๐ ปี	ข้างละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ ใช้ทัดในหู ไม่มีสาย			
๒๕๐๒		๒.๕.๒ เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	ข้างละ	๑๓,๕๐๐	
		ลักษณะ ใช้ทัดในหู ไม่มีสาย			
๒๖๐๐	๒.๖	อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก			
๒๖๐๑		๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดติดกาว	ชิ้นละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกของจมูก			
		ข้อบ่งชี้ ใส่หลังผ่าตัดจมูกออกรังมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไรความพิการ ผิดรูป			
๒๗๐๐	๒.๗	อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ			
๒๗๐๑		๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)	ชิ้นละ	๒,๔๐๐	

๑๐๓๖๖

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นให้ลม เข้าออกได้ทางเดียว			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอกซังเสียงออก เพื่อให้ สามารถมีเสียงพูด			
๒๗๐๒		๒.๗.๒ เครื่องช่วยพูด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เมื่อกดกับพื้นผิวจะ เกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทช์เปิด ปิดใช้แบตเตอรี่			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการณีที่ผ่าตัดเอกซังเสียงออกทั้งหมด			
๒๗๐๔		๔.๗.๔ เพดานเทียม (Obturator)	ชิ้นละ	๕๐๐	
		หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ			
๓๐๐๐	๓.๐	ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ			
๓๐๐๓		๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิด ทำด้วยพลาสติก	อันละ	๑,๙๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีก สองข้างสำหรับคล้องเชือก			
		ข้อบ่งชี้ ใส่หลอดลมคอ เพื่อช่วยในการหายใจ			
		หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด			
๔๐๐๐	๔.๐	ลิ้นหัวใจเทียม แผ่นหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๐.๑ - ๔.๐.๑๐ เป็นอวัยวะ เทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือผนังหัวใจ และ หัวใจพิการแต่กำเนิดโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม			
		รายการ ๔.๐.๑๒ - ๔.๐.๑๔ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่ หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง			
		รายการ ๔.๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือด ส่วนปลายตีบหรืออุดตัน			
๔๐๐๑		๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดกลุบบอลล์	อันละ	๒๙,๐๐๐	
๔๐๐๒		๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๔,๐๐๐	
๔๐๐๓		๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๓,๐๐๐	



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๐๐๔		๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)	อันละ	๔๘,๐๐๐	
๔๐๐๕		๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)	อันละ	๕๕,๐๐๐	
๔๐๐๖		๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อหัวใจวัว	อันละ	๖๕,๐๐๐	
๔๐๐๗		๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อันละ	๕๗,๐๐๐	
๔๐๐๘		๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)	อันละ	๑๘,๐๐๐	
๔๐๐๙		๔.๐.๙ ผังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์	แผ่นละ	๓,๕๐๐	
๔๐๑๐		๔.๐.๑๐ ผังหัวใจเทียม (Dacron patch)	แผ่นละ	๓,๐๐๐	
๔๐๑๑		๔.๐.๑๑ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง	เส้นละ	๑๒,๐๐๐	
๔๐๑๒		๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก	เส้นละ	๑๕,๐๐๐	
๔๐๑๓		๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมแบบ Aortic	เส้นละ	๑๗,๐๐๐	
๔๐๑๔		๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ม.ละ	๖๐๐	
๔๐๑๕		๔.๐.๑๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis) ๒. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ ๓. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจปัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๔. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเออริติก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๕. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction)			
๔๐๑๐	๔.๑	วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปิดหัวใจเทียม			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๑.๑ - ๔.๑.๙ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๑๐๑		๔.๑.๑ ปอดเทียม (Membrane oxygenator)	ชุดละ	๙,๕๐๐	
๔๑๐๒		๔.๑.๒ ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set)	ชุดละ	๓,๕๐๐	
๔๑๐๓		๔.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อันละ	๓,๐๐๐	
๔๑๐๔		๔.๑.๔ อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap)	อันละ	๑,๐๐๐	
๔๑๐๕		๔.๑.๕ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)	ชุดละ	๓,๕๐๐	
๔๑๐๖		๔.๑.๖ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิด ทางตรง (Antegrade cardioplegia set)	อันละ	๑,๑๐๐	
๔๑๐๗		๔.๑.๗ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อน ทาง (Retrograde cardioplegia set)	อันละ	๓,๕๐๐	
๔๓๐๐	๔.๓	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือด โคโรนารีตีบ (Coronary intervention)			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๓.๑-๔.๓.๑๔, ๔.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ และมีความ จำเป็นต้องขยาย (Coronary intervention) โดยเลือกใช้ตาม ความเหมาะสมและข้อบ่งชี้เพิ่มเติม ที่อาจมีในรายการนั้นๆ รายการ ๔.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้ด้วย			
๔๓๐๑		๔.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือด โคโรนารี (Coronary guiding catheter)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยาย หลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๒		๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA guide wire)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการ ขยายหลอดเลือดโคโรนารีชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอด เลือดโคโรนารี			
๔๓๐๓		๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	ชุดละ	๑๐,๐๐๐	



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๔		๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary stent)	ชุดละ	๖,๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๕		๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug - eluting stent)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบ ซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๖		๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด หุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๗		๔.๓.๗ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอ กากเพชร (Rotational atherectomy burr catheter)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้ เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๘		๔.๓.๘ เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและ ขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการ ขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๐๙		๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ชนิดตัดใบมีด (Cutting balloon catheter)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ สายสวนที่มีบอลลูนชนิดตัดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๑๐		๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการ ดูดลิ่มเลือด (Thrombectomy device/catheter)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับกำจัดลิ่ม เลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๓๑๑		๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วย ลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนลำแสงเลเซอร์ใช้เพื่อการขยาย หลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๑๒		๔.๓.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดส่วนปลาย (Distal protection device)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกัน ลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อน ไปอุดตันหลอดเลือดส่วน ปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและ หลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่มีลิ่มเลือดมีปริมาณมาก			
๔๓๑๓		๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วย การถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน (Intravascular or Intracardiac ultrasound)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจหรือ หลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยการ ถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน			
๔๓๑๔		๔.๓.๑๔ สายสวนเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary pressure wire)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับวัดความดันภายใน หลอดเลือดโคโรนารี			
๔๓๑๖		๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดคั่นเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดคั่นเนกประสงค์ สำหรับใช้ใน การขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยระยะเร่งด่วน			
๔๔๐๐	๔.๔	อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการ รักษาโรคหัวใจ อื่นๆ			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มี ความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนัง หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความ จำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖ เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับ			
๔๔๐๑		๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกรเรย์ เช่น NIH, Pigtail catheter			
๔๔๐๒		๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้อง หัวใจ (Mullins transeptal catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สาย สวนหรืออุปกรณ์อื่นๆ ผ่านผนังห้องหัวใจ			
๔๔๐๓		๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจบริเวณเคนโบร (Broken brough needle)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อ นำอุปกรณ์หรือสายสวนต่างๆ ผ่านผนังห้องหัวใจ			
๔๔๐๔		๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลูนที่ปลาย สายและมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง			
๔๔๐๕		๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลูน (Balloon-tip catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลูนที่ ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด เช่น Berman Angiography catheter และ Balloon wedge catheter			
๔๔๐๖		๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire)	ชุดละ	๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้ใส่สายสวนหัวใจอื่นๆ เข้า ในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (exchange) มีหลายขนาดความยาว			
๔๔๐๗		๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic coronary angiography catheter)	ชุดละ	๑,๐๐๐	

๒๐๒๖

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสี เพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี			
๔๔๐๘		๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วย บอลลูนธรรมชาติ (Vulvuloplasty balloon)	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายลิ้นหัวใจ เช่น Mansfield balloon			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ			
๔๔๐๙		๔.๔.๙ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วย บอลลูนอินนูเอ้ (Inoue balloon)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนอินนูเอ้ที่ปลายสายและ ชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ			
๔๔๑๐		๔.๔.๑๐ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วย เครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic valvular dilator)	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะ และชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะ อุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการ ใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย			
๔๔๑๑		๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil embolization)			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือด เกิน หรือ ผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งระดับ			
๔๔๑๒		๔.๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิด รูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)	ชุดละ	๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อย ขดลวด ชนิดปลดได้			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือด เกิน หรือผู้ป่วย PDA			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๔๑๓		๔.๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคืบ (Biotome for controlled release of coil)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวด ชนิดปากคืบ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA			
๔๔๑๕		๔.๔.๑๕ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเดรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer atrial septal occluder)	ชุดละ	๘๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเดรียม ชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน			
๔๔๑๖		๔.๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเดรียม (Delivery system for atrial septal occluder)	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเดรียมชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน			
๔๔๑๗		๔.๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๓๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดและสามารถใช้ปิดตำแหน่งหลอดเลือดเกิน และรูรั่วชนิดอื่นได้			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA			
๔๔๑๘		๔.๔.๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Delivery system for Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๔๑๙		๔.๔.๑๙ ตะแกรงกรงลิ่มเลือดหลุดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย			
๔๔๒๐		๔.๔.๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้องหัวใจเอเทรียม (Balloon atrial septostomy catheter)	ชุดละ	๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้องหัวใจเอเทรียม			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกันห้องหัวใจ			
๔๔๒๑		๔.๔.๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในการมีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ ออกจากร่างกาย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด			
๔๔๒๒		๔.๔.๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคของกล้ามเนื้อหัวใจและเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ			
๔๔๒๓		๔.๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๔๒๔		๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่ม สมรรถภาพหัวใจ (Intra aortic balloon catheter)	ชุดละ	๒๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วยบอลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซฮีเลียมใช้เพื่อ เพิ่มสมรรถภาพหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาด้วยยาไม่ได้ผล			
๔๕๐๐	๔.๕	เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๕.๑ - ๔.๕.๔ สำหรับผู้ป่วยที่ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradycardia) ที่มีอาการเป็น ลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้งในนาที โดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งชี้การทำงานของหัวใจไม่ เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวใน ระยะยาวใน ผู้ป่วยแต่ละราย			
๔๕๐๑		๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจ ห้องเดียว (Single chamber pacemaker)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจให้ เพียงพอ ผังได้มีวินัยอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่าง ห้องเดียว			
๔๕๐๒		๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจ ห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจให้ เพียงพอ ผังได้มีวินัยอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียว สามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของ ร่างกายโดยอัตโนมัติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed rate pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุ น้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก			



-๑๖-

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๕๐๓		๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจ สองห้องต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้ เพียงพอมิถึงได้มีวิธีหนึ่งอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบน และห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ ต้องการ AV synchrony เช่น หัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic cardiomyopathy			
๔๕๐๔		๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจ สองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Dual chamber rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๙๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้ เพียงพอมิถึงได้มีวิธีหนึ่งอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบน และห้องล่างต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดย อัตโนมัติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๓ ร่วมกับ ๔.๕.๓			
๔๕๐๕		๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่าง สองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)	ชุดละ	๒๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจ โดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV) ที่ต้องการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated cardiomyopathy หรือ Ischemic cardiomyopathy)			
๔๕๐๖		๔.๕.๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter-defibrillator)	ชุดละ	๒๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ใน ร่างกายผู้ป่วย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๑. มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติร่ายแรง (Ventricular tachycardia or fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้			
		๒. เป็นผู้รอดจากการเสียชีวิตกะทันหัน ที่น่าจะมี สาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ชนิดร่ายแรง			
		๓. มีโรคหัวใจอยู่แล้วและมีอัตราเสี่ยงสูง ที่จะเกิดการ เต้นผิดจังหวะชนิดร่ายแรง เช่นเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจ ห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF < ๓๕%) หรือเป็น Long QT Syndrome			
๔๕๐๗		๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร	ชุดละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของ หัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑			
๔๕๐๘		๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของ หัวใจเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจชนิดใส่ไว้ชั่วคราว			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมี ทางเดินไฟฟ้าผิดปกติชั่วคราวหรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการ ตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป			
๔๕๐๙		๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายหรืออุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead)	ชุดละ	๗๐,๐๐๐	
		ลักษณะ ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้น หัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๕			
๔๕๑๐		๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๖			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๕๑๑		๔.๕.๑๑ แผ่นมีดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Multipolar electrode catheter)	จุดละ	๓,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นเจสขนาดใหญ่วัดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุ้นหัวใจ จากภายนอกร่างกาย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac electrophysiologic study) หรือใช้กระตุ้นหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับ เครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกในร่างกายในกรณีฉุกเฉิน			
๔๖๐๐	๔.๖	สายสวนหัวใจชนิดชั่วคราวรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสลับ (Ectopic beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต			
๔๖๐๑		๔.๖.๑ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)	จุดละ	๑๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study)			
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology ๒. Arrhythmia induction			
๔๖๐๒		๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)	จุดละ	๒๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาดด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation)			
๔๖๐๓		๔.๖.๓ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติในสนามแม่เหล็ก (CARTO catheter)	จุดละ	๑๐๐,๐๐๐	

Donut

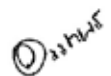
รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ - ๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่รักษา ยากเป็นพิเศษ โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สร้างภาพสามมิติ (CARTO)			
๔๖๐๔		๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ รูปวงบาศก์ (LASSO catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ - ๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation			
๔๖๐๕		๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดรื้อโลหะเพื่อนำ สัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบน จอภาพ			
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology			
		๒. Arrhythmia induction			
๔๗๐๐	๔.๗	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด และท่อนำสาขาสวน			
๔๗๐๑		๔.๗.๑ สายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath)	ชุดละ	๑,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือด เพื่อใช้เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่น ๆ เข้า - ออกจาก ร่างกาย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ ผู้ป่วยมะเร็งตับ			
๔๗๐๒		๔.๗.๒ อุปกรณ์ซ่อมปิดหลอดเลือด (Vascular closure device)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับปิดรูที่ฉีกหลอดเลือด หลังทำการสวนหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำการหัตถการ ทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในห้องตรวจสวนหัวใจ ใน			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		กรณีผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานหลายชั่วโมงได้หลังการกดห้ามเลือดแบบธรรมดา			
๔๗๐๔		๔.๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter)	ชุดละ	๗,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน			
๔๗๐๕		๔.๗.๕ สายสวนนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน			
๔๘๐๐	๔.๘	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๘.๑- ๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลาย ตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับ			
๔๘๐๑		๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			
๔๘๐๒		๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			

Datanet


รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๔๐๓		๔.๔.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วย ขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ สายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสายใช้ เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			
๔๔๐๔		๔.๔.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ติค ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft)	ชุดละ	๒๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ติค			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ ใน ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือด แดงใหญ่ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดโป่งพอง			
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร			
๕๑๐๐	๕.๑	ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร			
๕๑๐๑		๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว	เส้นละ	๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อยิลิโคน ที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระบาย เคื่องต่อจุกน้อย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มี ความจำเป็นต้องคาสายไว้ยาวนานเกิน ๑ เดือน			
๕๑๐๓		๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy:PEG set)	อันละ	๕,๔๐๐	
		ลักษณะ ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และ อุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้จากผนังท้องเข้าสู่ กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้อง ผ่าตัด			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทาง กระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้ยาวนาน ๔ เดือนขึ้นไป			
๕๑๐๔		๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก(Nasojejunostomy, NJ tube)	เส้นละ	๒,๙๐๐	



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นท่อนิไลเนียม มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการกระคายเคืองต่อจมูกน้อย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน			
๕๒๐๐	๕.๒	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด			
๕๒๐๑		๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดหลอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator)	ชุดละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำปัดเส้นเลือดหลอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดหลอดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออกเฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ			
๕๓๐๐	๕.๓	วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ทางขยายระบายท่อน้ำดี			
๕๓๐๑		๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)	เส้นละ	๔,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย			
๕๓๐๒		๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type)	ชิ้นละ	๑,๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ไส้ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน			
๕๓๐๓		๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary stent: Self expandable metal stent)	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกำยั้นไม่ให้ตีบตัน ไส้โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้			
๕๓๐๔		๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube)	ชิ้นละ	๒,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
	๕.๕	เครื่องมือช่วยการผ่าตัดอวัยวะแบบอัตโนมัติ			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และ ลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตาม ลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ			
๕๕๐๑		๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม	ชิ้นละ	๑๓,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)			
๕๕๐๒		๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ	ชิ้นละ	๘,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอด อาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)			
๕๕๐๓		๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้	ชิ้นละ	๑๒,๑๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอด อาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)			
		หมวด ๖ ทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์			
	๖.๐	สาธิตบายปัสสาวะ			
๖๐๐๖		สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	เส้นละ	๖๐๐	เฉพาะคน พิการ
		หมวด ๘ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น			
๘๐๐๐	๘.๐	ข้อเทียม			
๘๐๐๑		๘.๐.๑ ข้อนิ้ว	ข้อละ	๑๑,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นข้อเทียมสำหรับ metacarpophalangeal joint			
		ข้อบ่งชี้ หดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง			
		๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี ทางอนุรักษ์ (Conservative treatment) ที่ให้ย เต็มที่แล้ว หรือ			
		๒) มีคุณภาพชีวิตที่ต้องการใช้งานตามปกติ หรือ			
		๓) มีข้อมูลบ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกล ศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ			
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยม			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		มาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๐๐๒		๗.๐.๒ ข้อศอก	ข้อละ	๒๒,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๓		๗.๐.๓ ข้อไหล่	ข้อละ	๖๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๔		๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยซึ่ง			
		๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ			
		๒) มีคุณภาพชีวิตที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ			
		๓) มีข้อมูลบ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ			
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์ นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๐๐๕		๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๖		๗.๐.๖ ข้อสะโพกมีเข่า (Total hip prosthesis) รวมทั้ง อุปกรณ์เสริมไม่รวมชิ้นนดกระดูก	ข้อละ	๓๗,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๗		๗.๐.๗ ข้อสะโพกไม่มีเข่า (Austin-Moore prosthesis)	ข้อละ	๑๐,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๘		๗.๐.๘ ข้อสะโพกแบบมีเข่าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Elemention)	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่ง			
		๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ			

อนุมัติ

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ			
		๓) มีข้อมูลที่ยังชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ			
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือ เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๙๐๐๙		๙.๐.๙ วัสดุรองเบ้าข้อสะโพก (Supporting ring)	ข้อสะ	๙,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เสรี่ยมเบ้าข้อสะโพกที่เสื่อมสภาพที่มีพยาธิ สภาพมากไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ ตรวจพบขณะผ่าตัด			
๙๐๑๐		๙.๐.๑๐ ข้อสะโพกไม่มีเบ้าชนิด ๒ ชั้น (ไบโพล่า)	ข้อสะ	๓๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ในผู้ป่วยที่อายุไม่ เกิน ๖๕ ปี ซึ่ง			
		๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะ หัวกระดูกต้นขา หรือ			
		๒) กระดูกบริเวณข้อสะโพกหัก ชนิดที่ไม่ สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และตามกระดูกภายในด้วยโลหะได้			
๙๐๑๑		๙.๐.๑๑ ข้อสะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)		๒๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยวิธีทางอนุรักษ (conservative treatment) ที่ให้เต็มที่ แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่ยังชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			

๐๑๓๖

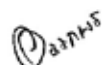
รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๕) เป็นการรักษาสีสำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ			
๗๑๐๐	๗.๑	กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม			
๗๑๐๑		๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียเทียม	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และคามด้วยโลหะได้			
๗๑๐๒		๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium sulphate			
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การตามกระดูกด้วยโลหะตามกระดูก			
๗๑๐๓		๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ	เส้นละ	๓,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้			
๗๒๐๐	๗.๒	โลหะตามยึดกระดูก			
๗๒๐๑		๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)	ชิ้นละ	๑,๔๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยะยาว โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่รุนแรงและรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน			
๗๒๐๒		๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดมีรูล็อก(รวมค่าสกรู)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยะยาว โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรง			

Dana

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		และรูปแบบการหักที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้			
๗๒๐๓		๗.๒.๓ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๔		๗.๒.๔ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๕		๗.๒.๕ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อเข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๖		๗.๒.๖ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๗		๗.๒.๗ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate)(ระดับแรกไม่เกิน ๒๔,๐๐๐, ระดับถัดไปไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ ต่อระดับ)	ระดับละ	๒๔,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง			



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้			
		ลักษณะ มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)			
๗๒๐๘		๗.๒.๘ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนนอก,เฮว (PDS)(ระดับแรก ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐, ระดับถัดไปไม่เกิน ๑๒,๕๐๐ ต่อระดับ)	ระดับละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนนอก หรือเฮว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิด ความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้			
		ลักษณะ มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)			
๗๒๐๙		๗.๒.๙ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate)	ชิ้นละ	๕,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาดูแลด้วยวิธีอนุรักษนิยมได้			
๗๒๑๐		๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate)	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙			
๗๒๑๑		๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีแผ่นพุง (Bultruss plate)	ชิ้นละ	๓,๘๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณ ข้อและไม่สามารถให้การรักษาดูแลด้วยวิธีอนุรักษนิยมได้			
๗๒๑๒		๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini plate)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระยางค์ขนาดเล็กที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาดูแลด้วยวิธีอนุรักษนิยมได้ หรือการยึดตรึง กระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ในกรณีกระดูกหัก หรือมีการ ตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค			
๗๒๑๓		๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาดูแลด้วยวิธีอนุรักษนิยมได้			
๗๒๑๔		๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพุง (Lock	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐	



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		plate)			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่รับข้อและเนื้อกระดูก ผิดปกติจากโรคทางเมตาบอลิซึม โรคเลือด หรือ เนื้องอก บริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า			
๗๒๑๕		๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะตามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณมือและนิ้ว			
๗๒๑๖		๗.๒.๑๖ โลหะตามกระดูกภายนอก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐	
		ลักษณะ ๑ ชุด มีแท่งโลหะ ตามกระดูก ๒ แท่ง โลหะ ยึดกระดูก ๔-๖ แท่ง และสกรูยึด ๔-๖ ตัว			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีภาวะบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ การยึด เลื่อนและหลุดกระดูก			
๗๓๐๐	๗.๓	โลหะยึดกระดูก/เอ็น			
๗๓๐๑		๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	ตัวละ	๒,๔๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้ สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดหัวล็อก			
๗๓๐๒		๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะตามกระดูก	ตัวละ	๓๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๓.๑			
๗๓๐๓		๗.๓.๓ แท่งโลหะตามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz screw)	ชิ้นละ	๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป			
๗๓๐๔		๗.๓.๔ สกรูยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก	ตัวละ	๔๐๐	
		ลักษณะ ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นตามกระดูก หรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกมือและนิ้วที่หักชนิดไม่มั่นคง			
๗๓๐๕		๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นสกรูหัวจมนกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่ สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลุกกับโพรงในกระดูก ข้อเข่า			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า			
๗๓๐๖		๗.๓.๖ หมุดสอมยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น	ตัวละ	๕,๐๐๐	

๐๖๖๖

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นหมุดที่สามารถใช้อึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นร้อยโหลและมือ			
๗๓๐๗		๗.๓.๗ สมอียึดกระดูกเข้ากับเอ็นเย็บ (Suture anchor)	ชิ้นละ	๖,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก			
๗๓๐๘		๗.๓.๘ ชุดหมุดสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ ชิ้นและด้ายสำหรับเย็บ			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า			
๗๓๑๑		๗.๓.๑๑ ตะขอตรึงกระดูก (Staple)	ชิ้นละ	๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการติดต่อกกระดูก			
๗๓๑๓		๗.๓.๑๓ K-wire	ชิ้นละ	๓๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากรดูกหัก			
๗๓๑๔		๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกข้อมือ			
๗๔๐๐	๗.๔	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ			
๗๔๐๑		๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา	ชุดละ	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาไครเลต มีสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอร์ไรเซชันและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก			
๗๔๐๒		๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม	ชิ้นละ	๔,๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาไครเลต มีสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกัน เพื่อให้เกิดการโพลิเมอร์ไรเซชันและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะ			

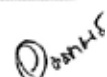


รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ผสม เพื่อลดโอกาส การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และ ใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกในผู้ป่วยที่มีหรืออาจ มีการติดเชื้อ และใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก			
๗๕๐๐	๗.๕	กระดูกชีวภาพ			
๗๕๐๒		๗.๕.๒ กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาผ่านิกโดยระบบสุญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจาก การบาดเจ็บ หรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก			
๗๕๐๓		๗.๕.๓ กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาผ่านิกโดยระบบสุญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจาก การบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่			
๗๕๐๔		๗.๕.๔ กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาผ่านิกโดยระบบสุญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจาก การบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อ และใช้ร่วมกับข้อเทียม			
๗๕๐๖		๗.๕.๖ แคลเซียมไฮดรอกซี เอพาไทต์ขนาด ๑ ลูกบาศก์ เซนติเมตร	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไทต์ที่สังเคราะห์ขึ้น หรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านกระบวนการ			

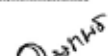
๓. ๗๗๘

-๓๒-

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ทำให้ปราศจากเชื้อและฉีกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทาง การแพทย์			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และ กระดูกคอส่วนบนเท่านั้น			
๙๖๐๐	๙.๖	อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ			
๙๖๐๑		๙.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver)	อันละ	๙,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ			
		หมวด ๘ วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๘๐๐๐	๘.๐	มือเทียม นิ้วเทียม (Hand prosthesis)			
๘๐๐๑		๘.๐.๑ นิ้วเทียม(นิ้วหัวแม่มือ)	นิ้วละ	๑,๐๐๐	
๘๐๐๒		๘.๐.๒ นิ้วเทียม(นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)	นิ้วละ	๑,๐๐๐	
๘๐๐๓		๘.๐.๓ นิ้วเทียม(นิ้วก้อย)	นิ้วละ	๑,๐๐๐	
๘๐๐๔		๘.๐.๔ นิ้วเทียมมากกว่า ๒ นิ้วติดกัน	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๘๐๐๕		๘.๐.๕ ถุงมือยางสำหรับมือขาดบางส่วน	ชุดละ	๕,๐๐๐	
๘๑๐๐	๘.๑	แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)			
๘๑๐๘		๘.๑.๘ แขนเทียมได้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้า)	อันละ	๑,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๑๐๙		๘.๑.๙ แขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้า)	อันละ	๓,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๑๑๐		๘.๑.๑๐ แขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยน เฉพาะเท้า)	อันละ	๓,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๑๑๑		๘.๑.๑๑ แขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะ เท้า)	อันละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๑๑๒		๘.๑.๑๒ สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย)	เส้นละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๐๐	๘.๒	ขาเทียม (Prosthesis , lower extremity)			
๘๒๐๙		๘.๒.๙ เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	ข้างละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๐		๘.๒.๑๐ ขาเทียมชั่วคราวได้เข้าเท้าทำด้วยเนื้อ	ข้างละ	๑,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๑		๘.๒.๑๑ ขาเทียมชั่วคราวได้เข้าเท้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	๑,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๒		๘.๒.๑๒ ขาเทียมชั่วคราวได้เข้าเท้าทำด้วยเนื้อ	ข้างละ	๒,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๓		๘.๒.๑๓ ขาเทียมชั่วคราวระดับเข้าเท้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	๔,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๔		๘.๒.๑๔ ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข้าเท้าทำด้วยเนื้อ	ข้างละ	๒,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ



รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๒๑๕		๘.๒.๑๕ ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข่าเข้าเท้าด้วยพลาสติก	ข้างละ	๔,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๖		๘.๒.๑๖ ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเข้าเท้าด้วยเนื้อ	ข้างละ	๒,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๗		๘.๒.๑๗ ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเข้าเท้าด้วยพลาสติก	ข้างละ	๖,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๘		๘.๒.๑๘ เบ้าขาเทียมใต้เข่า	ข้างละ	๓,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๑๙		๘.๒.๑๙ เบ้าขาเทียมระดับเข่า	ข้างละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๒๐		๘.๒.๒๐ เบ้าขาเทียมเหนือเข่า	ข้างละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๒๑		๘.๒.๒๑ เบ้าขาเทียมสะโพก	ข้างละ	๖,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๒๒		๘.๒.๒๒ สายเข็มขัดเทียม	ข้างละ	๒๕๐	เฉพาะคนพิการ
๘๒๒๓		๘.๒.๒๓ แป้นสายเข็มขัด	คู่ละ	๑๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๓๐๐	๘.๓	อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)			
๘๓๐๕		๘.๓.๕ เสื้อพยุงลำตัว	ชุดละ	๒,๐๐๐	
๘๓๐๖		๘.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกตามหลังคด	ชุดละ	๘,๐๐๐	
๘๓๐๗		๘.๓.๗ เสื้อพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)	ชุดละ	๑,๐๐๐	
๘๔๐๐	๘.๔	โลหะ/พลาสติกตามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)			
๘๔๐๑		๘.๔.๑ โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก	ข้างละ	๘๐๐	
๘๔๐๒		๘.๔.๒ โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๘๔๐๓		๘.๔.๓ โลหะ/พลาสติกตามข้อมือและข้อศอกพร้อมควบคุมบังคับ	ชุดละ	๑,๐๐๐	
๘๕๐๐	๘.๕	โลหะ/หรือพลาสติกตามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, lower extremity)			
๘๕๐๑		๘.๕.๑ โลหะ/พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวไม่มีข้อเข่า	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๐๒		๘.๕.๒ พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๓		๘.๕.๓ โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๔		๘.๕.๔ พลาสติกตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๕		๘.๕.๕ โลหะตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๖		๘.๕.๖ พลาสติกตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๗		๘.๕.๗ โลหะตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๘๕๐๘		๘.๕.๘ เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)	เบ้าละ	๔,๒๐๐	
๘๕๐๙		๘.๕.๙ เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๘๕๑๐		๘.๕.๑๐ พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (ก้นเท้าคด)	ข้างละ	๑,๒๐๐	



-๓๔-

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๕๑๑		๘.๕.๑๑ โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๘๕๑๒		๘.๕.๑๒ พลาสติกตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๑๓		๘.๕.๑๓ โลหะตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๕,๐๐๐	
๘๕๑๔		๘.๕.๑๔ พลาสติกตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๔๐๐	
๘๕๑๕		๘.๕.๑๕ โลหะตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๖,๐๐๐	
๘๕๑๙		๘.๕.๑๙ พลาสติกตามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle instability)			
๘๕๒๐		๘.๕.๒๐ สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	๑๕๐	
๘๕๒๑		๘.๕.๒๑ โลหะตามขามายนอก-เด็กเล็กตามข้อเท้า (Knee-orthosis)	ข้างละ	๔,๒๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๕๒๒		๘.๕.๒๒ โลหะตามขามายนอก-ขาเด็กขนาดกลางตามข้อเท้า (Knee-orthosis)	ข้างละ	๕,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๕๒๓		๘.๕.๒๓ โลหะตามขามายนอก-ขาเด็กขนาดใหญ่ตามข้อเท้า (Knee-orthosis)	ข้างละ	๕,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๕๒๔		๘.๕.๒๔ PTB brace	ข้างละ	๔,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๕๒๕		๘.๕.๒๕ เบรชขาสั้น	ข้างละ	๓๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๕๒๖		๘.๕.๒๖ ที่คลุมเข่า Knee pad	อันละ	๒๔๐	เฉพาะคนพิการ
๘๖๐๐	๘.๖	อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)			
๘๖๐๑		๘.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	๒๐๐	
๘๖๐๒		๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐	
๘๖๐๓		๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๔		๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๕		๘.๖.๕ แผ่นโลหะพลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	๕๐๐	
๘๖๐๖		๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๙		๘.๖.๙ อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป	คู่ละ	๑,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง			

๑ ๐ ๓ ๖ ๖ ๖

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๖๑๐		๘.๖.๑๐ อุปกรณ์พุงสั้นเท้าและผ้าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะ ราย	ข้างละ	๒,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๘.๖.๙			
๘๖๑๒		๘.๖.๑๒ อุปกรณ์พุงสั้นเท้าและผ้าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการ ตัดเท้า	ข้างละ	๖๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษ เฉพาะราย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ปลายประสาทเท้ามี ความผิดปกติ (neuropathy with deformity , stiffness of first metatarsophalangeal joint)			
๘๗๐๐	๘.๗	เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)			
๘๗๐๑		๘.๗.๑ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Pick-up-walker)	อันละ	๗๐๐	
๘๗๐๒		๘.๗.๒ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ	อันละ	๖,๐๐๐	
๘๗๐๓		๘.๗.๓ ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	อันละ	๑๙๐	
๘๗๐๔		๘.๗.๔ ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ ปุ่ม	อันละ	๖๐๐	
๘๗๐๕		๘.๗.๕ ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	๒๕๐	
๘๗๐๖		๘.๗.๖ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	คู่ละ	๓๕๐	เฉพาะคนพิการ
๘๗๐๗		๘.๗.๗ ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	อันละ	๓๖๐	เฉพาะคนพิการ
๘๗๐๘		๘.๗.๘ ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหน่วยชนิดมี ด้าม	อันละ	๒๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๗๐๙		๘.๗.๙ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)	อันละ	๖๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๗๑๐		๘.๗.๑๐ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)	อันละ	๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๐	๘.๘	รองเท้า			
๘๘๐๑		๘.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	คู่ละ	๖๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๒		๘.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	๘๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๓		๘.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	๑,๐๐๐	เฉพาะคนพิการ

๓๓๓๓

-๓๖-

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๘๐๔		๘.๘.๔ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	คู่ละ	๑,๒๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๕		๘.๘.๕ ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๑๓		๘.๘.๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า	คู่ละ	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นรองเท้าที่เสริมวัสดุรองรับเท้าภายใน และตัดตามขนาดและรูปเท้าของผู้ป่วย (depth inlay shoes)			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล			
๘๘๑๔		๘.๘.๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดปกติ เนื่องจากบางส่วนถูกตัด	คู่ละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องมีการพิมพ์เท้าและตัดตามขนาดและรูปเท้าของผู้ป่วย มีการเสริมวัสดุรองพื้นรองรับเท้าที่ผิดปกติ (custom mold shoes)			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล มีการตัดบางส่วนของเท้า ซึ่งทำให้เท้าผิดปกติ			
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน ๑ คู่ ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ส่งจ่ายรองเท้า			
๘๘๐๗		๘.๘.๗ แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่	คู่ละ	๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๘		๘.๘.๘ แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก	คู่ละ	๓๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๐๙		๘.๘.๙ เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า	ข้างละ	๑,๕๐๐	เฉพาะคนพิการ
๘๘๑๐		๘.๘.๑๐ T-strap	เส้นละ	๒๐๐	เฉพาะคนพิการ
		หมวด ๙ อื่น ๆ			
๙๐๐๐	๙.๐	เกี่ยวกับผิวหนัง			
๙๐๐๑		๙.๐.๑ ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต	อันละ	๖๐๐	เฉพาะคนพิการ
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถพลิกตัวด้วยตนเองได้			
	๙.๒	รายการพื้นที่ยึดถอดได้และอุปกรณ์			

๒๓๓

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๙.๒.๐ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้			
๙๒๐๒		๙.๒.๐.๒ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ๑ ซีน บน หรือล่าง (Single denture)	ซีนละ	๒,๔๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ซีนเดียว			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๓		๙.๒.๐.๓ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ๒ ซีน บน หรือล่าง (Complete denture)	ชุดละ	๔,๔๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองซีน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๔		๙.๒.๐.๔ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ๑-๕ ซีน	ซีนละ	๑,๓๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางส่วนที่สูญเสียไป เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๕		๙.๒.๐.๕ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ มากกว่า ๕ ซีน	ซีนละ	๑,๕๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางส่วนที่สูญเสียไป เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
		(ในกรณีที่ต้องใช้ตะรอก ราคาตะรอกจะรวมอยู่กับราคา ฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้วใน ๙.๒.๐.๔ - ๙.๒.๐.๕)			
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม			
		๑. ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่ เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (โดยให้ระบุ ตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง)			
		๒. การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ได้เบิกเป็นราคาที่ เหมาะสมและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว			
		รายการและราคา การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ			
H๑๓๓๓๔	๑	กายภาพบำบัด	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ
H๑๓๓๓๓	๒	กิจกรรมบำบัด	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ

ภิรมณ์

-๓๘-

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
Ho๓๗๕	๓	การประเมินแก้ไขการพูด	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๔๔๔	๔	จิตบำบัด	ครั้ง	๓๐๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๔๓๓	๕	พฤติกรรมบำบัด	ครั้ง	๓๐๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๕๔๔	๖	การฟื้นฟูการได้ยิน	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๓๗๕	๗	การฟื้นฟูการเห็น	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๔๓๔	๘	Early Intervention	ครั้ง	๑๕๐	เฉพาะคนพิการ
Ho๕๔๔	๙	Phenol block	ครั้ง	๕๐๐	เฉพาะคนพิการ

๒๓/๕



ภาคผนวก 3

รายการชดเชย
ค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก
[รายการที่กำหนดราคากลาง]
ปีงบประมาณ 2556

ภาคผนวก 3

รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก [รายการที่กำหนดราคากลาง] ปีงบประมาณ 2556

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
7.7.3 การตรวจจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (Electron microscopy)						
1	7.7.3.1	38330	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่าน (Transmission electron microscopy)	ชิ้น	2,800	
2	7.7.3.2	38331	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกวาด (Scanning electron microscopy)	ชิ้น	3,400	
8.2 X-ray: Special						
3	8.2.1	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600	ไม่รวมค่าตัดหรือเจาะส่งตรวจชิ้นเนื้อ
4	8.2.28	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000	รวมวัสดุเวชภัณฑ์พื้นฐานในการทำหัตถการ set เข็ม สายสวน catheter และเครื่องมือรังสีวินิจฉัย
5	8.2.29	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000	
6	8.2.30	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000	
8.4 CT & CTA						
7	8.4.1	44001	CT 1 part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	
8	8.4.2	44002	CT 1 part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	
9	8.4.3	44003	3D CT scan	ครั้ง	8,000	
10	8.4.6	44010	CTA 1 part	ครั้ง	12,000	
11	8.4.7	44011	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
12	8.4.8	44020	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	
13	8.4.9	44101	CT Brain NC	ครั้ง	3,100	
14	8.4.10	44102	CT Brain with CM	ครั้ง	4,600	
15	8.4.11	44103	CTA Brain	ครั้ง	12,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
16	8.4.12	44110	CT Sella	ครั้ง	4,000	
17	8.4.13	44111	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	
18	8.4.14	44140	CT Spine 1 part	ครั้ง	5,350	
19	8.4.15	44150	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	
20	8.4.16	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	
21	8.4.17	44202	CT Facial bone 3 D	ครั้ง	6,000	
22	8.4.18	44210	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	
23	8.4.19	44220	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	
24	8.4.20	44221	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	
25	8.4.21	44222	CT IAC	ครั้ง	5,000	
26	8.4.22	44223	CT Parotid gland	ครั้ง	5,700	
27	8.4.23	44230	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	
28	8.4.24	44231	CT Nasopharynx 2 planes	ครั้ง	5,700	
29	8.4.25	44232	CT PNS screening 1 plane	ครั้ง	2,500	
30	8.4.26	44233	CT PNS 2 planes	ครั้ง	5,000	
31	8.4.27	44240	CT Oral cavity	ครั้ง	5,700	
32	8.4.28	44241	CT Dental scan -maxilla	ครั้ง	5,000	
33	8.4.29	44242	CT Dental scan -mandible	ครั้ง	5,000	
34	8.4.30	44243	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	
35	8.4.31	44250	CT Neck	ครั้ง	5,700	
36	8.4.32	44251	CTA Neck	ครั้ง	12,000	
37	8.4.33	44252	CT Neck, Thyroid and Parathyroid	ครั้ง	5,700	
38	8.4.34	44260	CT Larynx	ครั้ง	5,700	
39	8.4.35	44261	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	
40	8.4.36	44301	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	
41	8.4.37	44302	High resolution CT (Lungs)	ครั้ง	4,000	เป็นราคาเพิ่มจากรายการตรวจ CT พื้นฐาน
42	8.4.38	44310	CTA Chest	ครั้ง	12,000	
43	8.4.39	44311	CTA for Pulmonary Emboli	ครั้ง	12,000	
44	8.4.40	44401	Cardiac function graft full cardiac function including coronary artery angiogram	ครั้ง	18,000	
45	8.4.41	44402	CTA Coronary artery	ครั้ง	13,000	
46	8.4.42	44420	CTA Aorta (1 part)	ครั้ง	12,000	
47	8.4.43	44421	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
48	8.4.44	44501	CT Upper abdomen	ครั้ง	5,000	
49	8.4.45	44502	CT Lower abdomen	ครั้ง	5,000	
50	8.4.46	44503	CT Whole abdomen	ครั้ง	9,500	
51	8.4.47	44510	CTA Liver donor	ครั้ง	12,000	
52	8.4.48	44511	CT Pancreas spiral	ครั้ง	5,000	
53	8.4.49	44610	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000	
54	8.4.50	44611	CTA Renal artery	ครั้ง	12,000	
55	8.4.51	44612	CT Adrenal	ครั้ง	5,000	
56	8.4.52	44701	CT Extremity and joint per part	ครั้ง	5,000	
57	8.4.53	44710	Bone density: CT	ครั้ง	2,500	
58	8.4.54	44750	CTA Arm	ครั้ง	12,000	
59	8.4.56	44910	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุ set sterile และ set semiautomatic needle
60	8.5.1	45001	MRI 1 small part or small organ	ครั้ง	4,000	
61	8.5.2	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000	
62	8.5.3	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000	
63	8.5.4	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
64	8.5.7	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
65	8.5.9	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
66	8.5.11	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
67	8.5.12	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
68	8.5.13	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
69	8.5.14	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
70	8.5.15	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	
71	8.5.17	45120	MRI Base of skull	ครั้ง	4,000	
72	8.5.18	45121	MRI Cavernous sinus	ครั้ง	4,000	
73	8.5.19	45130	MRI Cranial nerve	ครั้ง	4,000	
74	8.5.20	45140	MRI Spine 1 part	ครั้ง	8,000	
75	8.5.21	45141	MRI Whole spine	ครั้ง	16,000	
76	8.5.22	45150	MRI Myelogram	ครั้ง	8,000	
77	8.5.23	45160	MRI Brachial plexus	ครั้ง	13,500	
78	8.5.24	45161	MRI LS - Plexus	ครั้ง	8,000	
79	8.5.25	45162	MRI Sacral plexus	ครั้ง	4,000	
80	8.5.26	45201	MRI TM joint	ครั้ง	8,000	
81	8.5.27	45211	MRI Orbits	ครั้ง	8,000	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
82	8.5.28	45220	MRI 3D IAC	ครั้ง	4,000	
83	8.5.29	45230	MRI Nasopharynx	ครั้ง	8,000	
84	8.5.30	45231	MRI PNS	ครั้ง	8,000	
85	8.5.31	45240	MRI Oropharynx	ครั้ง	8,000	
86	8.5.33	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000	
87	8.5.34	45261	MRI Thyroid glands	ครั้ง	8,000	
88	8.5.35	45301	MRI Chest	ครั้ง	8,000	
89	8.5.38	45320	MRI Mediastinum	ครั้ง	4,000	
90	8.5.39	45330	MRI Breast (1 side)	ครั้ง	8,000	
91	8.5.40	45331	MRI Breasts (2 sides)	ครั้ง	12,000	
92	8.5.41	45332	MRI Guided breast biopsy	ครั้ง	8,000	
93	8.5.42	45401	MRI Heart	ครั้ง	8,000	
94	8.5.43	45402	MRI Heart + perfusion	ครั้ง	12,000	
95	8.5.44	45403	MRI Heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000	
96	8.5.45	45404	MRI Heart screening ASD	ครั้ง	4,000	
97	8.5.48	45501	MRI Upper/Lower abdomen	ครั้ง	8,000	
98	8.5.49	45502	MRI Whole abdomen	ครั้ง	16,000	
99	8.5.53	45510	MRI Pancrease	ครั้ง	4,000	
100	8.5.57	45601	MRI Pelvic cavity	ครั้ง	4,000	
101	8.5.58	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000	
102	8.5.59	45611	MRI Kidney	ครั้ง	4,000	
103	8.5.60	45612	MRI Adrenal gland	ครั้ง	4,000	
104	8.5.62	45640	MRI Prostate gland	ครั้ง	8,000	
105	8.5.64	45642	MRI Prostate special coil	ครั้ง	12,000	
106	8.5.65	45701	MRI Bone/Joint/Extremity 1 part	ครั้ง	8,000	
8.6 เวชศาสตร์นิวเคลียร์: การวินิจฉัย						
107	8.6.1	47001	Total Body scan I-131	ครั้ง	2,900	
108	8.6.2	47002	Total Body scan MIBI	ครั้ง	4,100	
109	8.6.3	47003	Tc-99m-WBC	ครั้ง	8,000	
110	8.6.4	47004	Gallium scan (Ga-67-citrate)	ครั้ง	13,500	
111	8.6.5	47005	Octreoscan (In-111 Pentetreotide)	ครั้ง	59,000	
112	8.6.6	47201	Parotid scan	ครั้ง	2,800	
113	8.6.7	47202	Parathyroid (MIBI)	ครั้ง	4,000	
114	8.6.9	47204	Thyroid scan pertechnetate	ครั้ง	800	
115	8.6.10	47205	Parathyroid (MIBI + Pertechnetate)	ครั้ง	4,200	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
116	8.6.11	47301	Lung scan	ครั้ง	5,800	
117	8.6.12	47401	MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
118	8.6.13	47402	Heart SPECT MIBI TL-201	ครั้ง	8,300	
119	8.6.14	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
120	8.6.15	47404	Lymphatic scan (Dextran)	ครั้ง	7,400	
121	8.6.16	47501	GI Bleeding (Phaytate)	ครั้ง	2,300	
122	8.6.17	47502	GI Bleeding (RBC)	ครั้ง	4,700	
123	8.6.18	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	7,600	
124	8.6.19	47504	Gastric emptying	ครั้ง	3,200	
125	8.6.20	47505	Meckels scan	ครั้ง	4,000	
126	8.6.21	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	2,100	
127	8.6.22	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,500	
128	8.6.23	47508	Hepatobiliary (DISIDA)	ครั้ง	5,800	
129	8.6.24	47601	Renal scan DMSA	ครั้ง	3,500	
130	8.6.25	47602	Captopril renogram	ครั้ง	3,700	
131	8.6.26	47603	Furosemide renogram	ครั้ง	3,700	
132	8.6.27	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,300	
133	8.6.28	47701	Bone scan	ครั้ง	2,900	
9.1 การตรวจทางประสาทวิทยา						
134	9.1.1	51110	Scalp E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	900	
135	9.1.2	51111	Scalp & Sphenoid E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
136	9.1.3	51112	Scalp & Sleep Record E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
137	9.1.5	51114	Scalp EEG 10-20 system (32 ช่อง)	ครั้ง	1,800	
138	9.1.6	51115	Scalp EEG & Nasopharynx (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
139	9.1.7	51116	Scalp EEG & Sleep deprivation (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
140	9.1.8	51117	Scalp EEG & VDO monitoring (4-8 hours)	ครั้ง	4,200	
141	9.1.9	51118	Scalp EEG & VDO monitoring (24 hours)	ครั้ง	4,800	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
142	9.1.10	51119	Intra-Op Cortical EEG	ครั้ง	3,000	ไม่รวมค่าอุปกรณ์
9.4 การตรวจเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด						
143	9.4.4	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000	
144	9.4.5	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000	
145	9.4.6	51422	Transesophageal Echocardiogram	ครั้ง	2,000	
146	9.4.7	51423	Dobutamine Echocardiography	ครั้ง	4,000	ไม่รวมค่ายา
11.3 ตา หู คอ จมูก						
147	11.3.8	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800	
148	11.3.10	71270	Direct FOL laryngoscopy	ครั้ง	1,000	
149	11.3.11	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
150	11.3.12	71272	Microdirect laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
11.4 ทางเดินหายใจและปอด						
151	11.4.2	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
152	11.4.3	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
153	11.4.4	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
154	11.4.5	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
155	11.4.6	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	
156	11.4.7	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
157	11.4.8	71333	FOL Bronchoscopy & treatment(laser,heat)	ครั้ง	2,600	
11.6 ทางเดินอาหาร						
158	11.6.4	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
159	11.6.5	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
160	11.6.6	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
161	11.6.8	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	
162	11.6.9	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	
163	11.6.10	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
164	11.6.11	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrenaline
165	11.6.12	71544	Gastroduodenoscopy & sclerotherapy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/หรือ Probe ที่ใช้
166	11.6.13	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
167	11.6.15	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
168	11.6.17	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	
169	11.6.18	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ
170	11.6.19	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
11.15			รังสีร่วมรักษา : vascular intervention and other interventions			
171	11.15.1	72940	Fluoroscopew	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐาน ในหัตถการ ถุงมือ Mask ผ้าปู เสื้อคลุม การใช้ ออกซิเจน เครื่องมือ วัสดุสัญญาณชีพผู้ป่วย



ภาคผนวก 4

รายละเอียดประกอบ
การบริหารจัดการยาฆ่าพรี

ภาคผนวก 4

รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการยากำพรั

ภาคผนวก 4.1

แนวทางการเบิกชดเชยยากำพรัและ ยาจำเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุน

1. รายการยาที่สามารถเบิกชดเชยยากำพรั และยาขาดแคลน ได้แก่

- 1) Dimercaprol inj. (BAL) ขั้บ่งใช้ รักษาพิษโลหะหนัก
- 2) Sodium nitrite inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษไซยาไนด์
- 3) Sodium thiosulfate inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษไซยาไนด์
- 4) Methylene blue inj. ขั้บ่งใช้ รักษาภาวะเมทฮีโมโกลบินนีเมีย
- 5) Glucagon inj. ขั้บ่งใช้ รักษาภาวะพิษจากการได้รับยากลุ่มเบต้าบล็อคเกอร์เกินขนาด
- 6) Succimer cap. (DMSA) ขั้บ่งใช้ รักษาพิษโลหะหนัก
- 7) Botulinum Antitoxin inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษจากโบทูลินั่ม ทอกซิน
- 8) Diphtheria Antitoxin inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษจากการติดเชื้อดิฟทีเรีย
- 9) Digoxin specific antibody fragment inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษจากการได้รับสารดิจอกซิน หรือพืชพิษที่มีสารดิจอกซิน
- 10) Calcium disodium edentate inj. ขั้บ่งใช้ รักษาพิษโลหะหนัก

2. แนวทางการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ

- 2.1 กรอกรหัสข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม EMCO ที่ www.emco.nhso.go.th
- 2.2 กดเลือก ยา Antidote โปรแกรมจะนำเข้าสู่ <http://drug.nhso.go.th/Antidotes/> ซึ่งเป็น website สำหรับดำเนินการสืบค้นและเบิกชดเชยยาต้านพิษ หน่วยบริการสามารถสืบค้นแหล่งสำรองยาผ่านหน้าโปรแกรม โดยเลือกเมนูสืบค้นยาโดยไม่ต้อง Login หรือติดต่อศูนย์พิษวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการใช้ยาต้านพิษที่
 - ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน 1367 หรือ
 - ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลศิริราช 02-4197317-8
- 2.3 Download แบบฟอร์มเบิกชดเชยยาตามแบบฟอร์มเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ 3 กองทุน ที่ www.emco.nhso.go.th (ภาคผนวก 3) กรอกแบบฟอร์มให้มากที่สุด
- 2.4 ส่งแบบฟอร์มที่กรอกครบถ้วนแล้วให้หน่วยสำรองยาที่ใกล้ที่สุดเพื่อขอเบิกยาเร่งด่วน
- 2.5 หน่วยบริการที่เป็นหน่วยสำรองยาส่งยาให้หน่วยบริการที่ขอเบิก โดยสำนักงานฯจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทั้งหมด
- 2.6 เมื่อรักษาผู้ป่วยเสร็จสิ้น ให้หน่วยบริการสรุปข้อมูลเพื่อกรอกแบบฟอร์มเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ 3 กองทุน (ภาคผนวก 3) ให้ครบถ้วน และจัดส่งให้หน่วยบริการที่สำรองยา
- 2.7 หน่วยบริการที่สำรองยากรอกข้อมูลลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกชดเชยยา
- 2.8 องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาชดเชยยาที่ใช้ไปให้กับหน่วยสำรองยา
- 2.9 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวบรวมข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยค่าขนส่งและค่าบริหารจัดการข้อมูลให้แก่หน่วยบริการที่สำรองยาต่อไป
- 2.10 กรณีมีข้อสงสัย หรือต้องการติดต่อเป็นการเร่งด่วน สามารถติดต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต

แบบฟอร์มการขอเบิกยารักษา กรณีฉุกเฉิน 3 กองทุน

โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วน ชัดเจน แล้วส่งให้หน่วยสำรวจยาเพื่อกรอกข้อมูลในโปรแกรม
เบิกชดเชยยารักษาต่อไป

1. ข้อมูลโรงพยาบาล	
ชื่อโรงพยาบาล	เลขที่
หมู่ที่	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
2. ข้อมูลผู้ป่วย	
ชื่อ-สกุล	PID (ถ้าระบุได้)
HN	AN
เพศ () ชาย () หญิง	อายุ ปี
การวินิจฉัยเบื้องต้น	

3. รายการยาที่เบิก (กากบาทเลือกรายการที่ต้องการ และ ระบุจำนวน)

ที่	ชื่อยา	จำนวน
<input type="checkbox"/> 1.	Dimercaprol inj, (BAL)	
<input type="checkbox"/> 2.	Sodium nitrite inj.	
<input type="checkbox"/> 3.	Sodium thiosulfate inj.	
<input type="checkbox"/> 4.	Methylene blue inj.	
<input type="checkbox"/> 5.	Glucagon inj.	
<input type="checkbox"/> 6.	Succimer cap. (DMSA)	
<input type="checkbox"/> 7.	Botulinum Antitoxin inj.	
<input type="checkbox"/> 8.	Diphtheria Antitoxin inj.	
<input type="checkbox"/> 9.	Digoxin specific antibody fragment inj.	
<input type="checkbox"/> 10.	Calcium disodium edentate inj	

4. ข้อมูลผู้ส่งเบิกยา	
ชื่อ-สกุล ผู้ส่งข้อมูล	
โทรศัพท์	โทรศัพท์ มือถือ
โทรสาร	อีเมล
5. ข้อมูลสถานที่จัดส่งยา	
ให้จัดส่งยาที่	<input type="checkbox"/> คลังยา <input type="checkbox"/> ห้องยานอกเวลา <input type="checkbox"/> ห้องจ่ายยาใน <input type="checkbox"/> ห้องจ่ายยานอก
ชื่อ ผู้ประสานงานรับยาของโรงพยาบาล	
โทรศัพท์	

ภาคผนวก 4.2

แนวทางการบริหารจัดการยากำพร้ากลุ่ม Antidotes กรณี ยา Botulinum antitoxin และ Diphtheria antitoxin

1.ความเป็นมา

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการแก้ปัญหายากำพร้า โดยเฉพาะยากกลุ่มยาต้านพิษเป็นการเร่งด่วน โดยได้ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 6 รายการ และเพิ่มรายการยาในชุดสิทธิประโยชน์จำนวน 4 รายการ รวมเป็น 10 รายการ ในปีงบประมาณ 2554 นั้น เพื่อให้เกิดการสำรองยาที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษ หน่วยบริการมีค่าใช้จ่ายทันต่อความจำเป็น กองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน เป็นผู้รับผิดชอบจัดระบบการจัดหาและกระจายยาไปสำรองยังหน่วยบริการต่างๆ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหาทั้งจากผู้ผลิตในประเทศและการจัดหาจากต่างประเทศ และกระจายยาไปยังหน่วยบริการด้วยการบริหารจัดการผ่านระบบ VMI โดยมีปัจจัยที่ใช้พิจารณาเกี่ยวกับการกระจายยาไปยังหน่วยบริการ ได้แก่

- ชนิดของ Antidotes ความเร่งรีบในการใช้ยานั้น
- พื้นที่ที่มีโอกาสเกิดปัญหา (High risk area)
- ระยะทางระหว่างแหล่งที่สำรองยาไปหน่วยบริการอื่นที่มีความต้องการใช้ยา
- ความต้องการในการประเมิน/การตัดสินใจจากผู้เชี่ยวชาญ

ทั้งนี้รายการยาที่เพิ่มเติมในชุดสิทธิประโยชน์ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวน 2 รายการที่มีระบบการบริหารจัดการแตกต่างจากรายการยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษอื่นๆ ได้แก่ Botulinum antitoxin และ Diphtheria antitoxin เนื่องจากต้องมีการสอบสวนโรคร่วมด้วยเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันความเสียหายในวงกว้างต่อไป

ในการนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงขอแจ้งแนวทางการบริหารจัดการยาทั้ง 2 รายการดังกล่าวเพิ่มเติม รายละเอียดดังต่อไปนี้

2. สิทธิประโยชน์

รายการ	จำนวนที่มีสำรองในประเทศ	แหล่งสำรองยา
1 Botulinum antitoxin	10 Vial	1.1 ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี 1.2 สน.โรคติดต่อทั่วไป กรม คร.
2. Diphtheria antitoxin	2000 Vial	2.1 ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี 2.2 สน.โรคติดต่อทั่วไป กรม คร. 2.3 โรงพยาบาลศูนย์ 2.4 โรงพยาบาลทั่วไป ใน 4 จังหวัดภาคใต้

การนำยาไปใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สิทธิประโยชน์สนับสนุนยากำพร้าดังกล่าวแก่หน่วยบริการเฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น สำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการรวบรวมการหักค่ายาทางบัญชีกับหน่วยบริการภายหลัง

3. เงื่อนไขการรับบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษและได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษในรายการยากลุ่มนี้เข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

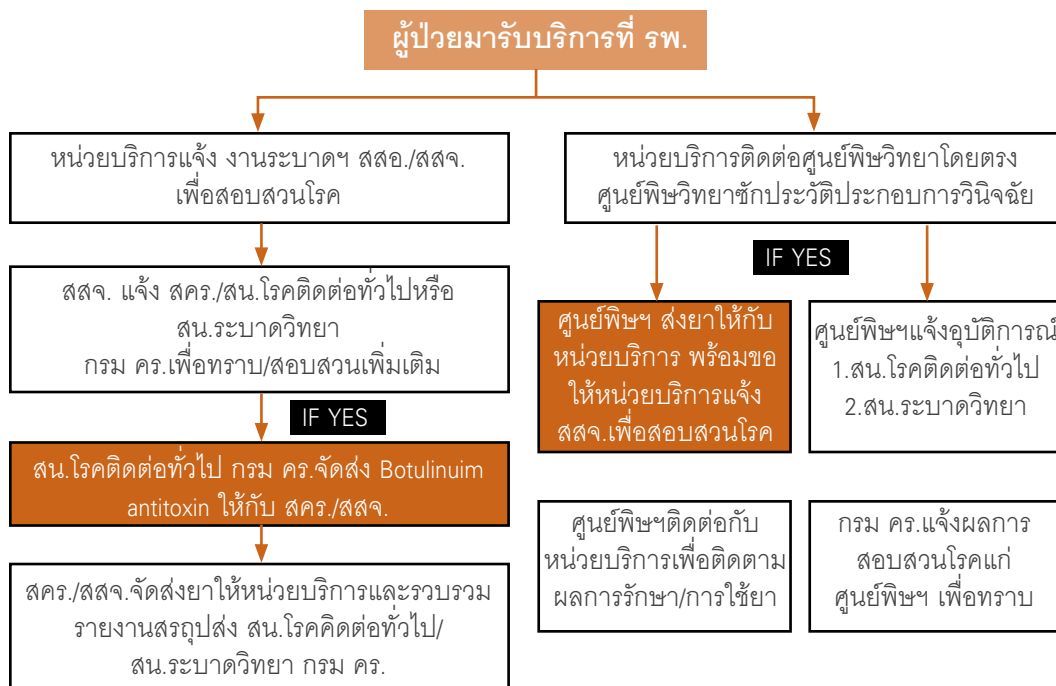
4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางการติดต่อผู้ประสานงานของยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยาคงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากหน้าเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

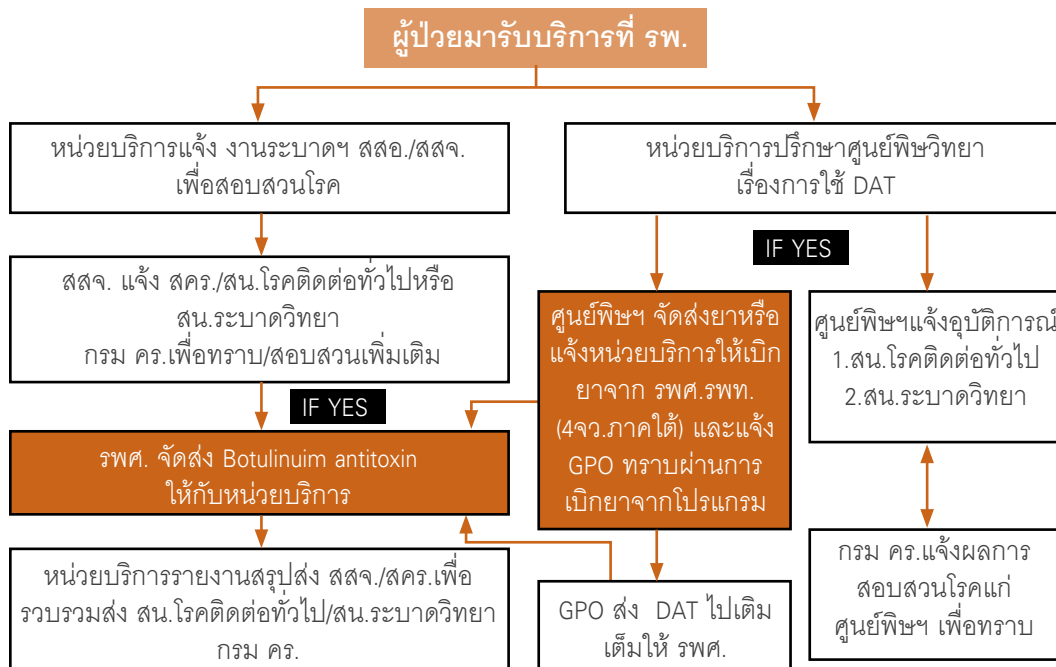
5. วิธีการเบิกชดเชยยา

การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin และ Diphtheria antitoxin สามารถดำเนินการได้ 2 ช่องทาง รายละเอียดดังแผนภาพ 1 และ 2 ตามลำดับ

แผนภาพ 1 การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin



แผนภาพ 2 การเบิกชดเชยยา Diphtheria antitoxin



หมายเหตุ ใน 4 จังหวัดภาคใต้ที่มีการระบาดจะมีการสำรองยาที่ รพท.ด้วย ในกทม.สำรองที่ศูนย์พิษฯรามา

5.1 การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin

หน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยยาได้ 2 ช่องทาง

1) ติดต่อผ่านหน่วยงานของกรมควบคุมโรค

1.1) หน่วยบริการแจ้งกลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อสอบสวนโรค

1.2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) แจ้ง สำนักงานควบคุมโรคเขต (สคร.) หรือ สำนักโรคติดต่อทั่วไป หรือ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เพื่อทราบและสอบสวนโรคเพิ่มเติม

1.3) สำนักโรคติดต่อทั่วไปจัดส่ง Botulinum antitoxin ให้กับ สำนักงานควบคุมโรคเขต (สคร.) หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

1.4) สำนักงานควบคุมโรคเขต (สคร.) หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กระจายยาให้กับหน่วยบริการพร้อมสรุปรายงานการสอบสวนโรคให้ สำนักโรคติดต่อทั่วไป หรือ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

1.5) หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.6) ศูนย์พิษวิทยาฯ ติดตามประเมินผลการใช้ยา และประเมินผลโครงการ

2) ติดต่อผ่านศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาธิบดี

2.1) หน่วยบริการปรึกษาศูนย์พิษวิทยา รพ.รามาธิบดี

2.2) ศูนย์พิษวิทยาจัดส่งยา Botulinum antitoxin ให้หน่วยบริการ พร้อมแจ้งหน่วยบริการประสาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อสอบสวนโรค

2.3) ศูนย์พิษวิทยาแจ้ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไปเพื่อทราบและดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม และ สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไปสรุปรายงานการสอบสวนโรคแจ้งศูนย์พิษเพื่อทราบ

2.4) หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.

2.5) ศูนย์พิษวิทยาติดตามประเมินผลการใช้ยา และประเมินผลโครงการ

5.2 การเบิกชดเชยยา Diphtheria antitoxin

หน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยยาได้ 2 ช่องทาง

1) ติดต่อผ่านหน่วยงานของกรมควบคุมโรค

- 1.1) หน่วยบริการแจ้งกลุ่มงานระบาดวิทยา สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
- 1.2) สสอ. หรือ สสจ. แจ้ง สคร. หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป หรือ สน.ระบาดวิทยา กรม คร. เพื่อทราบและสอบสวนโรคเพิ่มเติม
- 1.3) สำนักโรคติดต่อทั่วไปจัดส่ง Diphtheria antitoxin ให้กับหน่วยบริการ หรือแจ้งหน่วยบริการรับยาจาก รพศ. หรือ รพท. ใกล้เคียงที่เป็นแหล่งสำรองยา
- 1.4) หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.
- 1.5) สสจ. หรือ สคร. รวบรวมรายงานการสอบสวนโรคสรุปส่ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป กรมคร.
- 1.6) ศูนย์พิษวิทยาติดตามประเมินผลการใช้ยาและประเมินผลโครงการ

2) ติดต่อผ่านศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี

- 2.1) หน่วยบริการปรึกษาศูนย์พิษวิทยา
- 2.2) ศูนย์พิษวิทยาจัดส่ง Diphtheria antitoxin ให้กับหน่วยบริการ หรือแจ้งหน่วยบริการรับยาจาก รพศ. หรือ รพท. ใกล้เคียงที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมแจ้งหน่วยบริการประสาน สสอ. หรือ สสจ. เพื่อสอบสวนโรค
- 2.3) ศูนย์พิษวิทยาแจ้ง สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไป เพื่อทราบและดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม และ สน.ระบาดวิทยา หรือ สน.โรคติดต่อทั่วไปสรุปรายงานการสอบสวนโรคแจ้งศูนย์พิษเพื่อทราบ
- 2.4) หน่วยบริการกรอกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษของ สปสช.
- 2.5) ศูนย์พิษวิทยาติดตามประเมินผลการใช้ยา และประเมินผลโครงการ

6. หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาเรื่องพิษวิทยา

ในกรณีที่หน่วยบริการมีผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และต้องการขอคำปรึกษาเรื่องแนวทางการวินิจฉัยและการใช้ยาแก้พิษ หน่วยบริการสามารถขอรับคำปรึกษาได้ที่

6.1 ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี (บริการตลอด 24 ชั่วโมง) มีช่องทางในการติดต่อดังต่อไปนี้

- 1) ทางโทรศัพท์ หรือโทรสารในกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะเป็นพิษเฉียบพลัน
 - 1.1) แจ้งชื่อ หน้าที่รับผิดชอบ สถานที่ทำงาน สถานที่ติดต่อของผู้ขอข้อมูล
 - 1.2) แจ้งรายละเอียดอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารเคมี ยา สัตว์หรือพืชที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดพิษ การปฐมพยาบาลที่ได้ให้ไปแล้ว
- 2) ทางจดหมาย โทรสาร โทรศัพท์ internet หรือขอรับบริการด้วยตนเอง ณ ที่ทำการศูนย์ฯ
 - 2.1) แจ้งชื่อ หน้าที่รับผิดชอบ สถานที่ทำงาน สถานที่ติดต่อของผู้ขอข้อมูล
 - 2.2) แจ้งรายละเอียดของสารเคมี หรือฐานข้อมูลที่ต้องการและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้สบริการจะเป็นรูปของการค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ให้ตามรายละเอียดที่ขอมา
- 3) การส่งต่อผู้ป่วยหนักเนื่องจากสารพิษ หรือยา ให้ติดต่อกับศูนย์ฯ โดยตรง
- 4) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดต่อสอบถามรายละเอียด วิธีการเก็บตัวอย่าง และราคาค่าตรวจวิเคราะห์ได้ที่ศูนย์ฯ
- 5) วิธีติดต่อ จดหมาย หรือติดต่อด้วยตนเอง ที่
 - ศูนย์พิษวิทยา ชั้น 1 อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 - โทรศัพท์: 0-2354-7272, 0-2201-1083
 - โทรสาร: 0-2-201-1084-6 กด1
 - สายด่วน : 1367
 - Email : poisrequest@hotmail.com
 - URL : www.ra.mahidol.ac.th/poisoncenter/

6.2 ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลศิริราช (บริการตลอด 24 ชั่วโมง)

- ที่ตั้งหน่วยงาน : ตึกผะอับ ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช
- โทรศัพท์ : 02-4197317-8
- โทรสาร : 02-418-1493
- URL : <http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/shtc/>

7. ผู้ประสานงานโครงการ

7.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ภญ. วรณภา ไกรโรจนานันท์
- โทร 02-1414197, 084-3878045
- Email address : wannapa.k@nhso.go.th

7.2 ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี

- คุณจากรุวรรณ ศรีอาภา
- โทรศัพท์: 0-2354-7272, 0-2201-1083
- โทรสาร: 0-2-201-1084-6 กด1
- สายด่วน : 1367
- Email address: poisrequest@hotmail.com

7.3 กรมควบคุมโรค

1) กรณี Botulinum antitoxin

1.1) สำนักโรคติดต่อทั่วไป (กลุ่มพัฒนามหาวิชาการที่ 1)

นพ.พรชนก รัตนดิolk ณ ภูเก็ต โทร 02-5903189, 081-8394154

Fax 02-9510918

นส.กรกานต์ ป้อมบุญมี โทร 02-5903183, 089-6805690 Fax 02-5908436

1.2) สำนักระบาดวิทยา

นพ.ภาสกร อัครเสวี (ผอ.สนร.) โทร 02-5901776, 087-0568866

พญ.พจมาน ศิริอารยาภรณ์ โทร 02-5901779, 089-6379012

2) กรณี Diphtheria antitoxin

2.1) สำนักโรคติดต่อทั่วไป (กลุ่มพัฒนานาวิชาการที่ 2)

นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ โทร 02-5903196-9, 081-4276276 Fax 02-9659152

นางพอพิศ วรินทร์เสถียร โทร 02-5903196-9, 081-6478831 Fax 02-9659152

2.2) สำนักระบาดวิทยา

นพ.ภาสกร อัครเสวี (ผอ.สนร.) โทร 02-5901776, 087-0568866

พญ.พจมาน ศิริอารยาภรณ์ โทร 02-5901779, 089-6379012

ภาคผนวก 4.3

แบบฟอร์มขอเข้าร่วมโครงการยาต้านพิษ

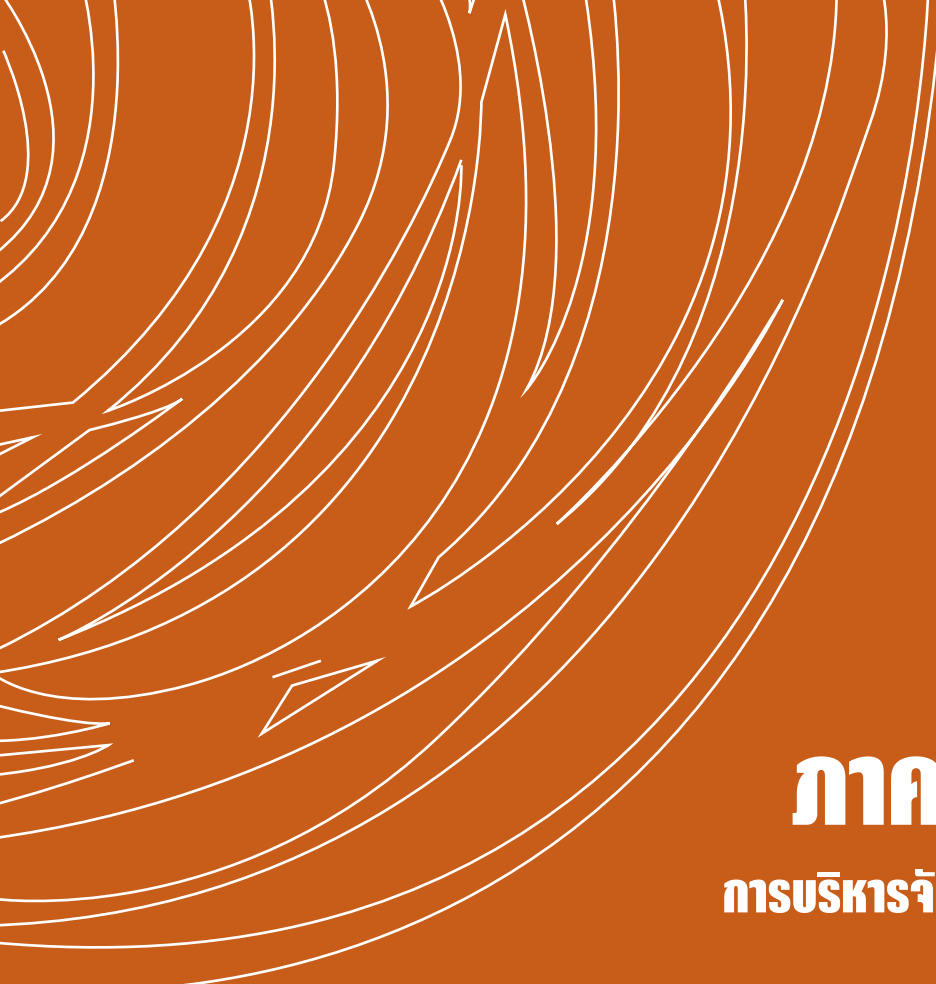
ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

รายละเอียดผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ	
รหัสบัตรประชาชน	
เบอร์โทรศัพท์ต่อ	
อีเมลล์	

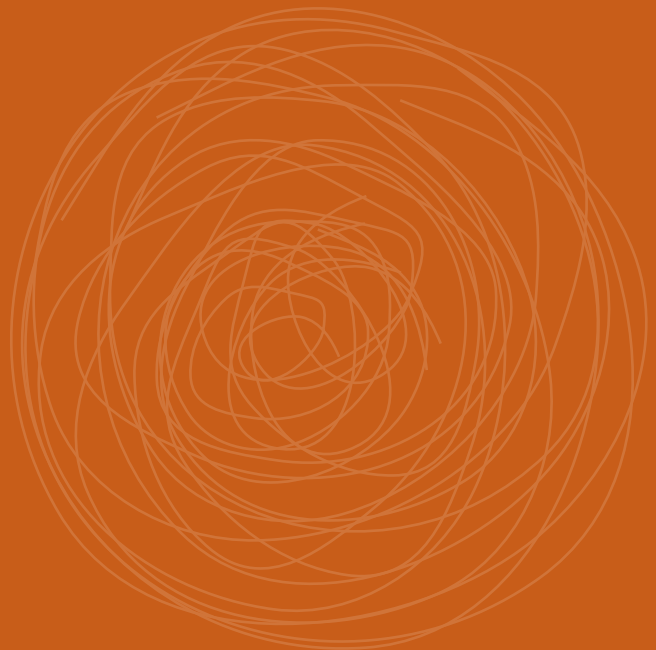
รายละเอียดการจัดส่งยา

จังหวัด	
หน่วยบริการ	
รหัสหน่วยบริการ	
ชื่อผู้รับยา	
สถานที่รับยา	
ที่อยู่	
ตำบล	
อำเภอ	
จังหวัด	
รหัสไปรษณีย์	
เบอร์โทรศัพท์ต่อ	



ภาคผนวก 5

การบริหารจัดการวัคซีนจำเป็น



ภาคผนวก 5

การบริหารจัดการวัคซีนจำเป็น

ภาคผนวก 5.1

วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

1. ความเป็นมา

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

ในปีงบประมาณ 2552 สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่กรมควบคุมโรคในการดำเนินการโครงการนำร่องในการจัดหาและกระจายวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ขององค์การเภสัชกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ต้องการพัฒนาระบบจัดส่ง กระจายวัคซีน การจัดการคลังวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (VMI & Cold chain management) ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการนำร่องดังกล่าวรวมทั้งสิ้น 28 จังหวัด

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

2. สิทธิประโยชน์

สปสช. ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 แผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG HB1	1) ไม่ให้ BCG ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของโรคเอดส์ 2) HB1 ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง
2 เดือน	DTP-HB1, OPV1	
4 เดือน	DTP-HB2, OPV2	
6 เดือน	DTP-HB3, OPV3	
9 เดือน	MMR1	หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 1/2 ปี	DTP4, OPV4, JE1, JE2	ควรให้ JE 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์
2 1/2 ปี	JE3	
4 ปี	DTP5, OPV5	
7 ปี (ป.1)	MMR2 BCG * dT, OPV	1) ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ฉีด MMR ให้เด็กนักเรียนชั้น ป.1 2) ให้ BCG ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิด และไม่มีแผลเป็น และไม่ให้ BCG ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์ 3) ให้ในกรณีที่ได้รับ DTP, OPV ไม่ครบ 5 ครั้ง
12 ปี (ป.6)	dT	
หญิงตั้งครรภ์	dT	1. หากไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ให้ฉีดเข็มแรกเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และนัดฉีดครั้งต่อไปจนครบอย่างน้อย 3 เข็ม ให้ฉีดโดยมีระยะห่าง 0, 1, 6 เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี 2. หากเคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 1 เข็ม ให้ฉีดอีก 2 เข็มโดยมีระยะห่าง 0, 6 เดือน หากได้มาแล้ว 2 เข็ม ให้ฉีดเพิ่มอีก 1 เข็มโดยมีระยะห่างระหว่างเข็ม 2 และเข็ม 3 อย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี 3. หากเคยได้รับวัคซีนมาก่อน อย่างน้อย 3 เข็ม และเข็มสุดท้ายนานกว่า 10 ปี ให้ฉีดซ้ำอีก 1 ครั้ง จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี

3. เว็บบไซต์การรับบริการ

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 เป็นประจำ ภายในหน่วยบริการเหล่านั้น เช่น มีการให้บริการวัคซีนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ มีการให้บริการวัคซีนเดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากหน่วยบริการดังกล่าวสามารถนัดหมายกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนพร้อมกันได้ อันจะนำซึ่งการป้องกันปัญหาการสูญเสียวัคซีนในอัตราที่สูง

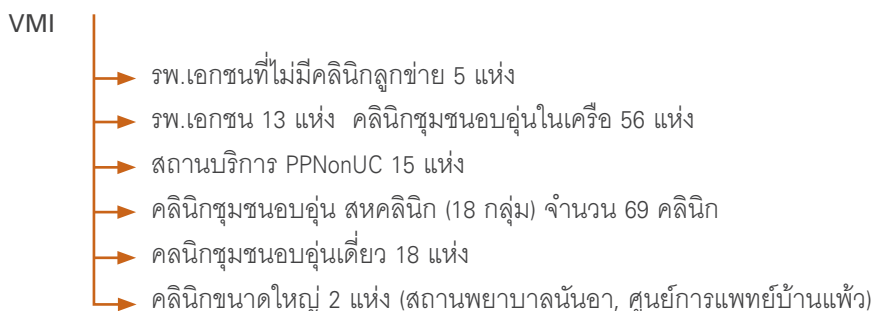
5. ระบบการเฝ้าระวังวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกรณี EPI Routine

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



5.1 ระบบการเบิกวัคซีนของหน่วยบริการในต่างจังหวัด

รูปแบบการกระจายวัคซีนของหน่วยบริการใน กทม.ภาคเอกชน คลังวัคซีนองค์การเภสัชกรรม



5.2 ระบบการเบิกวัคซีนของหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร

5.3 ขั้นตอนการเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI

5.3.1 เมื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีน EPI ได้รับ Username/Password ในการเข้าสู่ระบบ VMI แล้ว ให้เข้าสู่ระบบ VMI และบันทึกปริมาณวัคซีนคงคลัง (On hand) แยกรายการรุ่นการผลิต (Lot. Number) ครั้งแรก (กรณีที่ไม่มียังวัคซีนอยู่ในคลังให้ระบุเป็นศูนย์ได้)

5.3.2 องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในกรณีที่ปริมาณวัคซีนคงคลัง (Onhand) ต่ำกว่าค่า Reorder Point

5.3.3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) จ่ายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ/สถานีนอมนัย

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

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

ทั้งนี้แบบฟอร์มประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน/รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีน ผ่านระบบ VMI 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. จึงได้กำหนดระบบกระจายวัคซีนนักเรียน ผ่านระบบ VMI ดังต่อไปนี้

6.1 สปสช. จัดสรรวัคซีนนักเรียนให้แก่หน่วยบริการประจำ (CUP) โดยประมาณการจากยอดการเบิกวัคซีนนักเรียนของหน่วยบริการ และจะส่งให้หน่วยบริการยืนยันยอดภายในเดือนมกราคม

6.2 สปสช. จะกระจายวัคซีนนักเรียนผ่านระบบ VMI ภายในเดือนเมษายน โดยการกระจายวัคซีนนักเรียนไปยังหน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เป็นคลังวัคซีนระดับหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP)

6.3 หน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ประจำอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ) รับวัคซีนนักเรียนจากองค์การเภสัชกรรม และกระจายให้แก่หน่วยบริการลูกข่าย ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัย เพื่อให้บริการวัคซีนนักเรียนในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม โดยหน่วยบริการต้องให้บริการให้แล้วเสร็จภายในภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา

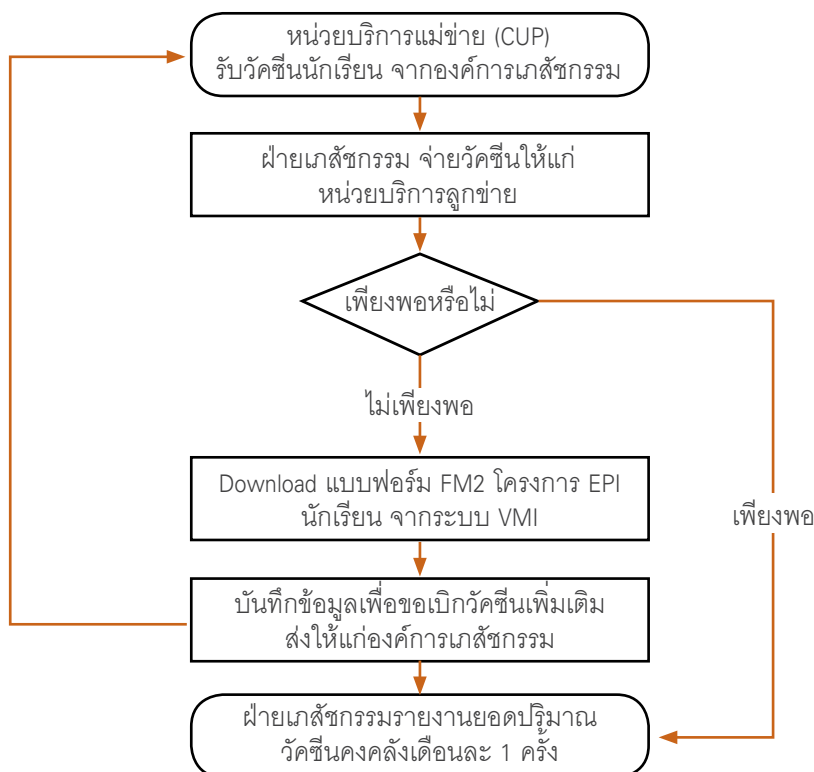
6.4 ในกรณีที่วัคซีนนักเรียนไม่เพียงพอ ให้เภสัชกรผู้ดูแลคลังวัคซีนสามารถเบิกวัคซีนเพิ่มได้จากองค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถ Download แบบฟอร์ม FM2 โครงการ EPI นักเรียน จากระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และส่งแบบฟอร์มดังกล่าวให้แก่องค์การเภสัชกรรมทางโทรสาร หรือทาง E-mail โดยองค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งวัคซีนให้ตามจำนวนที่หน่วยบริการแม่ข่าย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

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

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

6.7 กรณีโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จะเบิกวัคซีนนักเรียนจากองค์การเภสัชกรรมโดยตรง โดยไม่ผ่านระบบ VMI

Flow Chart สรุปการดำเนินงานสำหรับหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ในโครงการกระจายวัคซีนนักเรียนด้วยระบบ VMI



แบบฟอร์มประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน
และรายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านระบบ VMI

1. ประมาณจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน (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	

* เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วกรุณาติดต่อผู้ดูแลโครงการวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตที่
หน่วยงานของท่านตั้งอยู่ เพื่อเพิ่มรายชื่อหน่วยบริการในระบบต่อไป

ปรับเปลี่ยนปริมาณการใช้วัคซีน กรณี EPI Routine

ของโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

รายการยา (รหัสยา)	ขนาดบรรจุ	อัตราการให้ ย้อนหลัง 3 เดือน (Vials)			POP (Dose) ลูกค้าแจ้ง		POP (Dose) กรมฯอนุมัติ	
					เดิม	ใหม่	เดิม	ใหม่
1. HEPATITIS B VACCINE 2 doses/vial (EPI) Dose (121611890001)	vial							
2. BCG VACCINE 10 doses/vial (EPI) Dose (121616450001)	vial							
3. ORAL POLIOMYELITIS VACCINE 20 doses/vial (EPI) Dose (121611880001)	Vial							
4. DTP-HB VACCINE 2 doses/vial (EPI) Dose (121618560001)	Vial							
5. MEASLES VACCINE 10 doses/vial (EPI) Dose (121611990001)	Vial							
6. DTP VACCINE 10 doses/vial (EPI) Dose (121603920001)	vial							
7. J.E. (BEIJING)- 2 pediatric doses/vial (EPI) Dose (121611550001)	vial							
8. dt VACCINE 10 doses/vial (EPI) Dose (121603660001)	vial							
9. Vero rabies vaccine 1 dose/vial (EPI) (121608520001)	vial							
10. PCEC vaccine 1 dose/vial (EPI)								

หมายเหตุ : 1. กรอกรายการเฉพาะ รายการที่มีการปรับข้อมูลเท่านั้น และข้อมูลในระบบจะเปลี่ยนแปลงใช้
เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์

2. ตัวเลขอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมจากการพิจารณาของ สปสช.

ภาคผนวก 5.2

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

1. ความเป็นมา

จากการประชุม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 22 ม.ค. 2551 มีมติเห็นชอบในหลักการให้ เริ่มดำเนินการขยายความครอบคลุมการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุ > 65 ปี ที่มีโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฯลฯ

ทั้งนี้ในระยะแรก (ปี 2551) ให้ใช้งบประมาณที่เหลือจากจากงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 103.32 ล้านบาท เป็นงบจัดหาวัคซีนและการบริหารจัดการอื่นๆ พร้อมให้ดำเนินการศึกษาและติดตามประเมินผลการขยายความครอบคลุมดังกล่าวด้วย

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

2. สิทธิประโยชน์

วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

3. เงื่อนไขการรับบริการ

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

4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. ระบบการเบิกวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

5.1 สปสช. รวบรวมกลุ่มเป้าหมายในการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่จากข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP individual) และการสำรวจความต้องการรายหน่วยบริการ ผ่าน สปสช. เขต และ สปสช. สาขาจังหวัด โดยจะเริ่มดำเนินการสำรวจในช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2556

5.2 สปสช. คำนวณปริมาณวัคซีนที่ต้องใช้ และส่งให้องค์การเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งให้แก่หน่วยบริการ

5.3 หน่วยบริการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่กลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช. จัดสรร

5.4 หน่วยบริการกรอกข้อมูลการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ในโปรแกรมโครงการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของ สปสช.ทาง website ของ สปสช. <http://ucapps1.nhso.go.th/influenza/FrmInfluLogin.jsp>

ภาคผนวก 5.3

การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

1.ความเป็นมา

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มียับยั้งไวรัสร้ายแรง พบได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด สุนัขยังคงเป็นสัตว์นำโรคที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย ในปีหนึ่งๆ มีคนถูกสุนัขกัดในประเทศไทย มากกว่า 1 ล้านคน ส่วนหนึ่งของคนที่ถูกกัดจะมารับบริการดูแลรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข การตัดสินใจให้วัคซีน หรือ อิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะหากผู้สัมผัสโรคได้รับการดูแลรักษาไม่ถูกต้องจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้¹

ในปีงบประมาณ 2553 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10/2552 วันที่ 12 ตุลาคม 2552 มีมติเห็นชอบให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบการบริหารระบบการจัดหาและการกระจายวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) โดยผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นไป ซึ่งมติดังกล่าว ส่งผลให้ เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการวัคซีนทั้งหมด ทั้งนี้ ในอดีต การสำรองวัคซีนและการกระจายวัคซีนดำเนินการโดย คลังวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป คลังวัคซีน สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และคลังวัคซีน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามลำดับ เปลี่ยนเป็นการสำรองและการกระจายวัคซีนดำเนินการโดยใช้ระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

จากการเปลี่ยนแปลงระบบการสำรองและการกระจายวัคซีนดังกล่าว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหนังสือ สธ. 0209.02 / 2022 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2552 เพื่อแจ้งแนวทางการจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรค พิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2554 โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มอบให้องค์การเภสัชกรรม เป็นผู้ดำเนินการจัดหาวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าเพื่อกระจายให้แก่หน่วยบริการ และยังคงให้ดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2556

¹ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (2548 แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. กรุงเทพฯ. หน้า 5.

2. สิทธิประโยชน์

วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

3. เงื่อนไขการรับบริการ

3.1 กลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีน

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทุกสิทธิการรักษาพยาบาล (ทั้งนี้เงินที่หักจากหน่วยบริการเพื่อจัดหาวัคซีนเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากหน่วยบริการให้บริการกับผู้ป่วยทุกสิทธิจนหมดวงเงินที่หักไว้แล้ว หน่วยบริการต้องใช้เงินของหน่วยบริการจัดซื้อวัคซีนที่เหลือเอง)

3.2 การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงโรคจากการสัมผัส²

การสัมผัส หมายถึง การถูกกัด ข่วน หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผลหรือผิวหนังที่มีรอยถลอก หรือถูกเลีย เยื่อปาก จมูก ตา หรือกินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึงผู้ที่สัมผัสกับสัตว์หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงกรณีที่สัตว์หนีหาย และสัตว์ไม่ทราบประวัติ

² กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (2548) แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. กรุงเทพฯ. หน้า 8-10.

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าจากลักษณะการสัมผัสกับสัตว์ และการปฏิบัติ

ระดับความเสี่ยง	ลักษณะการสัมผัส	การปฏิบัติ
กลุ่มที่ 1 การสัมผัสที่ไม่ ติดโรค	1. การถูกตอ้งตัวสัตว์ บ้วนน้ำ บ้วนอาหาร ผิวหนังไม่มีแผลหรือรอยถลอก 2. ถูกเลีย สัมผัสน้ำลายหรือเลือดสัตว์ ผิวหนังไม่มีแผลหรือรอยถลอก	1. ล้างบริเวณสัมผัส 2. ไม่ต้องฉีดวัคซีน
กลุ่มที่ 2 การสัมผัสที่มี โอกาสติดโรค	1. ถูกจับเป็นรอยข่วนที่ผิวหนัง ไม่มีเลือดออก หรือเลือดออกซิบๆ 2. ถูกข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอก (abrasion) มีเลือดออกซิบๆ 3. ถูกเลีย โดยที่น้ำลายถูกผิวหนังที่มีแผลหรือ รอยถลอกหรือรอยขีดข่วน	1. ล้างและรักษาแผล 2. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัข บ้า(Rabies Vaccine)*
กลุ่มที่ 3 การสัมผัสที่มี โอกาสติดโรคสูง	1. ถูกกัดโดยฟันสัตว์แทงทะลุผ่านผิวหนังแผล เดียวหรือหลายแผลและมีเลือดออก (Laceration) 2. ถูกข่วน จนผิวหนังขาดและมีเลือดออก 3. ถูกเลียหรือน้ำลาย สิ่งคัดหลั่ง ถูกเยื่อตา ปาก จมูก หรือแผล แผลที่มีเลือดออก 4. มีแผลที่ผิวหนัง และสัมผัสสารคัดหลั่งจาก ร่างกายสัตว์ ซากสัตว์ เนื้อสมองของสัตว์ รวมทั้งการชำแหละซากสัตว์และลอกหนัง สัตว์ *** 5. กินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์หรือผลิตภัณฑ์ จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า	1. ล้างและรักษาแผล 2. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า(Rabies Vaccine) และ อิมมูโนโกลบูลิน (RIG)** โดยเร็วที่สุด

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547

* หยุดฉีดวัคซีนเมื่อสัตว์ (เฉพาะสุนัขและแมว) เป็นปกติตลอดระยะเวลากักขังเพื่อดูอาการ 10 วัน

** กรณีถูกกัดเป็นแผลที่บริเวณใบหน้า ศีรษะ คอ มือและนิ้วมือ หรือแผลลึก แผลฉีกขาดมาก หรือถูกกัด
หลายแผล ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และระยะฟักตัวสั้น จึงจำเป็นต้องฉีด อิมมูโนโกลบูลิน โดย
เร็วที่สุด (แต่ถ้าฉีดวัคซีนเข็มแรกไปแล้ว 7 วัน จะมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ต้องฉีดอิมมูโนโกลบูลิน) แต่
ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ เนื่องจากผู้เสียชีวิตทั้งหมด แม้ได้รับการรักษา
จะถูกกัดที่ใบหน้า ศีรษะ คอทั้งสิ้น

ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตามลักษณะของสัตว์ที่สัมผัส และสาเหตุที่ถูกกัด

ลักษณะการสัมผัส	การวินิจฉัยขั้นต้น	ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ
สุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประจำปี หรือเคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้งและครั้งหลังสุดไม่เกิน 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • สุนัขและแมวที่ได้รับวัคซีน ลักษณะนี้ส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอต่อโรคพิษสุนัขบ้า 	หากถูกกัดโดยมีเหตุโน้มนำเช่น การร้ายหรือแก่งัดสัตว์ พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน เข้าใกล้สัตว์หวนอาหารหรือลูกอ่อน ยังไม่ต้องให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้สัมผัส แต่ควรกักขังสุนัข แมว ไว้ดูอาการอย่างน้อย 10 วัน ถ้าสัตว์มีอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ให้รีบฉีดวัคซีน หรือวัคซีนและ อิมมูโนโกลบูลิน
สุนัขและแมวที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี ถูกกักขังบริเวณ ทำให้มีโอกาสสัมผัสสัตว์อื่นน้อย	<ul style="list-style-type: none"> • สุนัขและแมวที่เลี้ยงลักษณะนี้ มักไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า 	
สุนัขและแมวที่ยังไม่แสดงอาการขณะที่กัด อาจเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้และเชื้อจะออกมากับน้ำลายก่อนแสดงอาการได้ภายใน 10 วัน (โดยเฉลี่ยระหว่าง 1-6 วัน)	<ul style="list-style-type: none"> • สุนัขและแมวที่อาการปกติ ขณะกัดอาจเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ ต้องดูประวัติว่ามีการฉีดวัคซีนและเลี้ยงดูอย่างดีด้วย จึงจะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรค 	หากถูกกัดโดยไม่มีเหตุโน้มนำเช่นอยู่ดีๆ สุนัขก็วิ่งเข้ามากัดโดยไม่มีสาเหตุ กัดเจ้าของคนเลี้ยง คนให้อาหาร ให้ฉีดวัคซีนหรือวัคซีนและอิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้สัมผัสพร้อมทั้งกักขังสัตว์ไว้ดูอาการ หากสุนัขแมวปกติใน 10 วัน จึงหยุดฉีด
<p>สุนัขและแมวที่มีอาการผิดปกติ หรือมีอาการเปลี่ยนไป เช่น ไม่เคยกัดใคร แต่เปลี่ยนนิสัยเป็นดุร้าย กัดเจ้าของ กัดคนหลายๆคน หรือสัตว์หลายๆตัว ในเวลาที่ใกล้เคียงกัน หรือมีอาการเชื่องซึมเปลี่ยนไปจากเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> • สุนัข แมว ค้างคาว สัตว์จรจัด สัตว์ป่าที่กัดแล้วหนีหายไป หรือผู้ถูกกัดจำสัตว์ที่กัดไม่ได้ • สัตว์เลี้ยงอื่นๆ ที่เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น กระรอก กระแต หนู ฯลฯ 	<p>สุนัขและแมว น่าสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า สัตว์เหล่านี้ต้องถือเสมือนว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า</p>	ให้ฉีดวัคซีนหรือวัคซีนและอิมมูโนโกลบูลิน โดยเร็วที่สุด ส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ถ้าผลการตรวจเป็นลบแต่สัตว์มีอาการน่าสงสัย ให้ฉีดวัคซีนหรือวัคซีนและอิมมูโนโกลบูลินไปก่อนระหว่างรอผลการตรวจเพิ่มเติม ให้วัคซีนหรือวัคซีนและอิมมูโนโกลบูลิน เหมือนกับว่าสัตว์นั้นเป็นโรคพิษสุนัขบ้า

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547

4. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5. การบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

5.1 สปสช. จัดทำแผนการจัดหาวัคซีนรายหน่วยบริการส่งให้ สปสช.เขต เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการยืนยันยอดจัดสรร ภายในเดือน ส.ค. 2555

5.2 การจัดสรรวัคซีนในปีงบประมาณ 2556 สปสช.ได้ดำเนินการบริหารจัดการงบประมาณดังนี้

5.2.1 ยอดวัคซีนคงเหลือ ในปีงบประมาณ 2555 จะนำมารวมกับยอดจัดสรรวัคซีนในปีงบประมาณ 2556

5.2.2 ปริมาณวัคซีนจัดสรรปี 2556 = ปริมาณเงินค่าวัคซีนที่จังหวัดกันไว้แยกราย CUP + ยอดวัคซีนคงเหลือ ปี 55

6. ระบบการเบิกวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

สปสช. จัดทำเพดานปริมาณการเบิกวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2556 แยกรายจังหวัด และให้หน่วยบริการยืนยัน โดยหน่วยบริการภายในจังหวัดสามารถเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI ตามความต้องการใช้จริง แต่ไม่เกินเพดานของปริมาณการเบิกวัคซีนในแต่ละโรงพยาบาล หากเกินเพดานรายโรงพยาบาล การปรับเกลียภายในจังหวัดให้เป็นบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

ในกรณีที่มีการเบิกวัคซีนดังกล่าวเกินเพดานของแต่ละจังหวัด และยังคงมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าคงคลังอยู่ ณ คลังวัคซีน องค์การเภสัชกรรม เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงวัคซีนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการวัคซีนคงคลัง สปสช. และ องค์การเภสัชกรรมจะจ่ายวัคซีนดังกล่าวให้แก่หน่วยบริการ โดยจะบันทึกปริมาณวัคซีนที่แต่ละจังหวัดเบิกเกินเพดานไว้ เพื่อนำมาหักออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวในแต่ละจังหวัด ในปีถัดไป

จากระบบการจัดสรรดังกล่าวจะทำให้หน่วยบริการถูกหักงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2556 น้อยลง และมียอดเงิน OP เหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัดมากขึ้น (จากการนำยอดวัคซีนคงเหลือตามยอดจัดสรรปี 2555 มาหักลบจากยอดประมาณการในปี 2556)

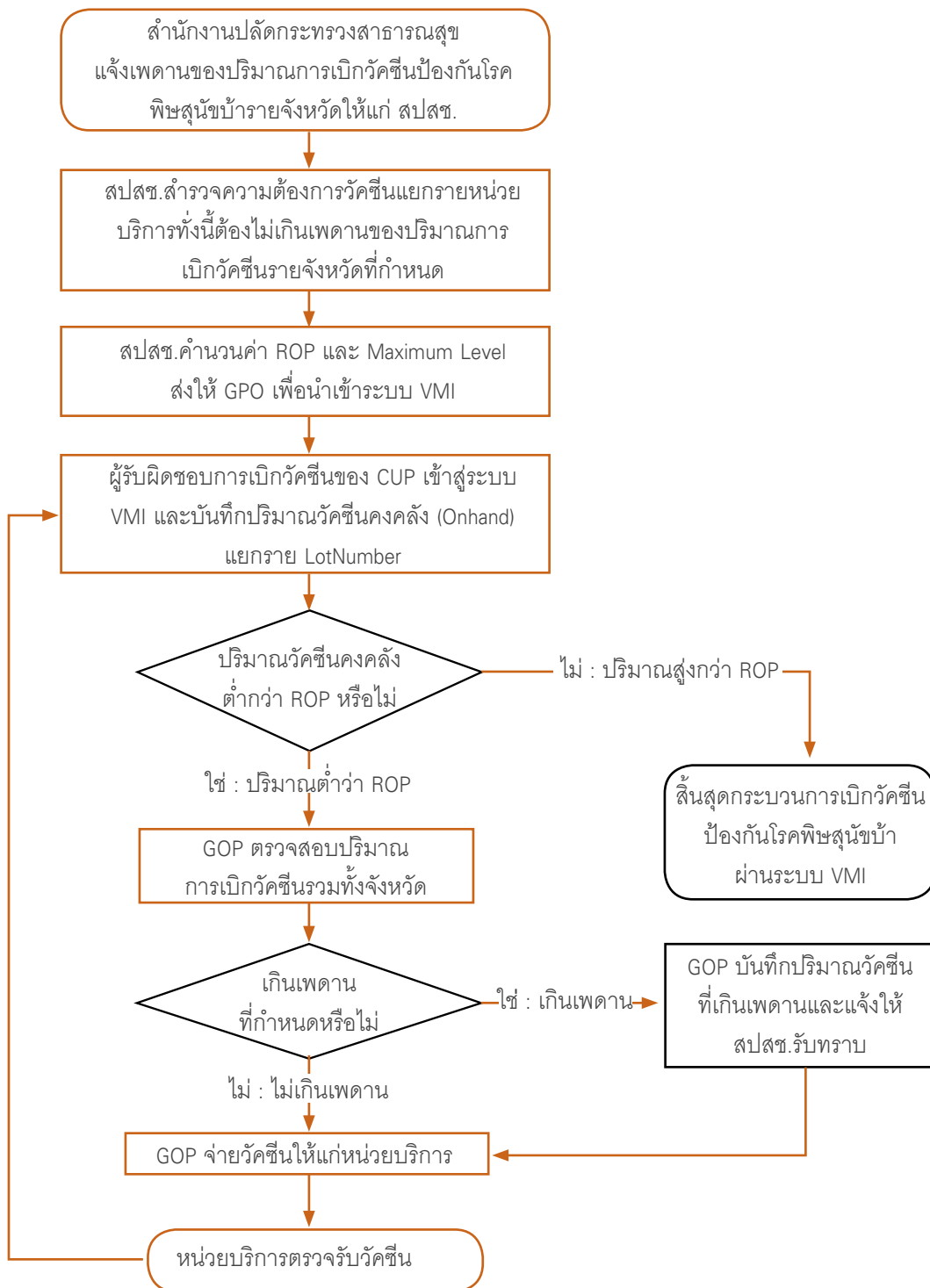
รายการวัคซีนโรคป้องกันพิษสุนัขบ้า³

วัคซีน	ผลิตจาก	ไวรัสไตเตอร์	ชื่อการค้า	ลักษณะ
Purified Chick Embryo Cell Rabies Vaccine (PCECV)	ผลิตจากการเลี้ยงเชื้อ fixed rabies virus พันธุ์ Flury LEP-C25 ใน primary chick embryo fibroblast cells	มีไวรัสไตเตอร์ $> 10^3$ TCID ₅₀ /ml (Tissue Culture Infectious Dose) และ antigen value > 2.5 IU/ml	Rabipur	เป็นวัคซีนผงแห้งพร้อม sterile water for injection เมื่อละลายแล้วเป็นน้ำใสไม่มีสี ขนาด 1 ml
Purified Vero Cell Rabies Vaccine (PVRV)	ผลิตจากการเลี้ยงเชื้อ fixed rabies virus พันธุ์ PMWI 138-1503-3M ใน Vero cells	มีไวรัสไตเตอร์ $> 10^{7.5}$ MLD ₅₀ /0.5 ml และ antigen value > 2.5 IU/0.5 ml	Vero Rabies	เป็นวัคซีนผงแห้งพร้อมน้ำยาละลาย (solution of sodium chloride 0.4%) เมื่อละลายแล้วเป็นน้ำใสไม่มีสี ขนาด 0.5 ml

อ้างอิงจาก แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547

³ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (2548) แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. กรุงเทพฯ. หน้า 12.

กระบวนการเบิกวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าผ่านระบบ VMI



รายละเอียดการดำเนินงาน

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพดานของปริมาณการเบิกวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ารายจังหวัดปีงบประมาณ 2556 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตยื่นยันยอดผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายหน่วยบริการ
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการรวบรวมข้อมูลความต้องการวัคซีนของหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) และส่งข้อมูลดังกล่าวให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณค่าอัตราใช้ต่อเดือน (Reorder Point: ROP) และปริมาณการสำรองวัคซีนสูงสุด (Maximum Quantity) ส่งให้แก่องค์การเภสัชกรรมเพื่อนำเข้าระบบ VMI
4. เภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีนของโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถใช้ Username/ Password ในโครงการเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน (EPI Routine) เพื่อเข้าสู่ระบบ VMI ในการเบิกวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
5. เมื่อเข้าสู่ระบบ VMI ให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบการเบิกวัคซีนบันทึกข้อมูลปริมาณวัคซีนคงคลัง (Onhand) แยกรายรุ่นการผลิต (Lot. Number)
6. ถ้าปริมาณวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าคงคลิยน้อยกว่าค่าอัตราใช้ต่อเดือน (Reorder Point: ROP) และปริมาณการเบิกวัคซีนดังกล่าว ไม่เกินเพดานของปริมาณการเบิกวัคซีนรายหน่วยบริการ องค์การเภสัชกรรมจะส่งวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าชดเชยคืนให้แก่หน่วยบริการ ในปริมาณที่เท่ากับ ปริมาณการสำรองวัคซีนสูงสุด (Maximum Quantity) กรณีเกินเพดานของหน่วยบริการ การปรับเปลี่ยนภายในจังหวัดให้เป็นบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
7. ในกรณีที่หน่วยบริการเบิกวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เกินเพดานของปริมาณการเบิกวัคซีนรายจังหวัดที่กำหนด และยังคงมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าคงคลังอยู่ ณ คลังวัคซีน องค์การเภสัชกรรม เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงวัคซีนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการวัคซีนคงคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การเภสัชกรรมจะจ่ายวัคซีนดังกล่าวให้แก่หน่วยบริการ แต่ จะบันทึกปริมาณวัคซีนที่แต่ละจังหวัดเบิกเกินเพดานเอาไว้ เพื่อนำมาหักออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวในแต่ละจังหวัด ในปีถัดไป

8. ในกรณีที่หน่วยบริการต้องการขอปรับค่าอัตราใช้ต่อเดือน (Reorder Point: ROP) หรือปรับชนิดวัคซีนสามารถปรับปริมาณการใช้ได้ หรือปรับชนิดวัคซีนโดยใช้กระบวนการเดียวกับโครงการเบ็ดตัวขึ้นสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน (EPI Routine)

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (2548) แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2547. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. กรุงเทพฯ.



ภาคผนวก 6

รายละเอียดประกอบ
การบริหารจัดการค่าใช้จ่าย
ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
ปีงบประมาณ 2556

ภาคผนวก 6

รายละเอียดประกอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2556

ภาคผนวก 6.1

รายการ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

รายการวัสดุ อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการที่กำหนดไว้นี้ เพื่อใช้ในการอ้างอิงราคา
กลางในการจัดสรรงบประมาณด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการปี 2556 ให้กับหน่วยบริการ ภาย
ใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต/คณะกรรมการ
ฟื้นฟูฯเขต และให้บันทึกรายงานผ่านโปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟู
สมรรถภาพ

รหัสอุปกรณ์	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		หมวด 2 ตา หู คอ จมูก			
	2.5	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ และอุปกรณ์เกี่ยวกับหู			
2501		2.5.1 เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี	อันละ	15,000	
2502		2.5.2 เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	อันละ	13,500	
		หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์			
	6.0	สายระบายปัสสาวะ			
6006		สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	เส้นละ	600	
		หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู			
	8.1	แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)			
8101		8.1.1 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลาย ชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	25,000	
8102		8.1.2 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลาย ชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ	7,000	
8103		8.1.3 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลาย ชนิดตะขอโลหะ	ข้างละ	27,000	
8104		8.1.4 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	

รหัสอุปกรณ์	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
8105		8.1.5 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	
8106		8.1.6 แขนเทียมชนิดไหล่หรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดหัวนิ้วข้อศอกล็อกได้ ด้วยมือ	ข้างละ	10,000	
8107		8.1.7 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้วเหมือนของจริง ระบบใช้งานได้	ข้างละ	28,200	
8108		8.1.8 เบ้าแขนเทียมได้ศอก (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	
	8.2	ขาเทียม (Prosthesis , lower extremity)			
8201		8.2.1 ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)	ข้างละ	5,000	
8202		8.2.2 ขาเทียมระดับใต้เข่า แกนนอก	ข้างละ	6,500	
8203		8.2.3 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน	ข้างละ	30,000	
8204		8.2.4 ขาเทียมระดับข้อเข่า	ข้างละ	17,000	
8205		8.2.5 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก	ข้างละ	18,000	
8206		8.2.6 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน	ข้างละ	30,000	
8207		8.2.7 ขาเทียมระดับตะโพกแกนนอก	ข้างละ	30,000	
8208		8.2.8 ขาเทียมระดับตะโพกแกนใน	ข้างละ	50,000	
8209		8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	ข้างละ	4,000	
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	
	8.5	โลหะ/หรือพลาสติกตามแขนภายนอก			
8521		8.5.21 โลหะตามขาภายนอก -เด็กเล็กตามข้อเท้า (Knee-orthosis)	ข้างละ	4,200	

รหัสอุปกรณ์	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
8522		8.5.22 โลหะตามขาภายนอก -ขาเด็กขนาดกลาง	ข้างละ	5,000	
8523		ตามข้อเท้า (Knee-orthosis) 8.5.23 โลหะตามขาภายนอก -ขาขนาดใหญ่	ข้างละ	5,400	
		ตามข้อเท้า (Knee-orthosis)			
8524		8.5.24 PTB brace	ข้างละ	4,000	
8525		8.5.25 เบรชขาสั้น	ข้างละ	300	
8526		8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad	อันละ	280	
	8.7	เครื่องช่วยเดิน (Walking aids)			
8706		8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	คู่ละ	350	
8707		8.7.7 ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	อันละ	360	
8708		8.7.8 ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้	อันละ	200	
8709		ด้วยสายยึดหุ่นชนิดมีด้าม 8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง	อันละ	600	
8710		(Anterior Wheel Walker) 8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก	อันละ	500	
		(Anterior Wheel Walker)			
	8.8	รองเท้า			
8801		8.8.1 รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	คู่ละ	600	
8802		8.8.2 รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	800	
8803		8.8.3 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	1,000	
8804		8.8.4 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	คู่ละ	1,200	
8805		8.8.5 ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	400	
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			
8901		8.9.1 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ	คันละ	6,000	
8902		แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ 8.9.2 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ	คันละ	4,000	
		แบบปรับไม่ได้			
8903		8.9.3 เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ	อันละ	600	
		หมวด 9 อื่น ๆ			
9001	9.0	เกี่ยวกับผิวหนัง 9.0.1 ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก	อันละ	600	

ภาคผนวก 6.2

รายการและราคาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง
H9339	1	กายภาพบำบัด	ครั้ง	150
H9383	2	กิจกรรมบำบัด	ครั้ง	150
H9375	3	การแก้ไขการพูด	ครั้ง	150
H9449	4	จิตบำบัด	ครั้ง	300
H9433	5	พฤติกรรมบำบัด	ครั้ง	300
H9549	6	การฟื้นฟูการได้ยิน	ครั้ง	150
H9378	7	การฟื้นฟูการเห็น	ครั้ง	150
H9438	8	Early Intervention	ครั้ง	150
H0489	9	Phenol block	ครั้ง	500

นิยามรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

กายภาพบำบัด เป็นการกระทำต่อมนุษย์โดยวิธีทางกายภาพบำบัดเพื่อแก้ไขและฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย อันเนื่องมาจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายในการดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

กิจกรรมบำบัด เป็นการใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายกับบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดจากการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยทางกาย ความบกพร่องทางจิตสังคม ความบกพร่องทางด้านพัฒนาการหรือการเรียนรู้จากกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย เพื่อให้มีอิสระพึ่งตนเองได้มากที่สุด บริการเฉพาะทางกิจกรรมบำบัด ได้แก่ การสอนทักษะทางกิจวัตรประจำวันการพัฒนาทักษะทางการเคลื่อนไหว และการรับรู้และการทำหน้าที่ของกระบวนการผสมผสานความรู้สึก การพัฒนาทักษะการเล่นและความสามารถทางด้านการเตรียมความพร้อมในการประกอบอาชีพ และความสามารถในกิจกรรมยามว่าง การออกแบบ ประดิษฐ์หรือเลือกใช้เครื่องตามพยางค์หรืออุปกรณ์ดัดแปลง/เครื่องช่วย คนพิการ

แก้ไขการพูด เป็นการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู สมรรถภาพด้านภาษาและการพูดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการสื่อความหมายทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยประเภท พูดซ้ำ พูดไม่ชัด พูดติดอ่าง พูดไม่คล่อง พูดนึกคำลำบาก พูดเสียงแหบ พูดเสียงห้าว เป็นต้น

จิตบำบัด เป็นวิธีการที่ช่วยให้คนพิการทางจิตมีบุคลิกภาพไปสู่วิถีทางของวุฒิภาวะ มีความสามารถที่จะดูแลตนเองและเข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้อง

พฤติกรรมบำบัด เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

การฟื้นฟูการได้ยิน เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการฟังในผู้ป่วยหูพิการ

การฟื้นฟูการเห็น เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางสายตา สามารถใช้สายตาให้เป็นประโยชน์มากที่สุดในแต่ละกิจกรรมด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยในการมองเห็น การฝึกใช้การมองเห็นที่เหลือในการเดินทาง การให้คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีสายตาเลือนราง และการฝึกสอนทักษะในการเดินทางหรือ O&M ให้แก่ผู้พิการทางสายตา

Early Intervention คือ การกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มีการพัฒนาการช้า เช่นการฝึกนั่ง ยืน, เดิน, เคลื่อนที่

Phenol block คือ การฉีดยา Phenol ไปที่กล้ามเนื้อเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ

ภาคผนวก 6.3

แนวทางสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ คนตาบอด ด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) ปี 2556

I. หลักการและเหตุผล

ผลการสำรวจความพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าประเทศไทยมีประชากรที่มีความพิการจำนวน 1.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในจำนวนนี้มีประชากรที่จัดเป็นผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 746,549 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.1 ของประชากร ซึ่งในจำนวนนี้มีทั้งคนที่จัดเป็นคนตาบอดและคนสายตาสั้นจำนวนมาก ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง สามารถเรียนหนังสือได้ ทำงาน ได้และพึ่งตนเองได้ ทำประโยชน์ให้แก่สังคม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการและจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation&Mobility) ขึ้นเพื่อให้คนตาบอดผู้รับบริการสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ประโยชน์ได้จริงในการดำรงชีวิตประจำวัน นับตั้งแต่การช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงการประกอบอาชีพด้วย

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็น ได้รับการตรวจสุขภาพตาและประเมินความสามารถในการมองเห็น และเข้าสู่การฟื้นฟูฯ อย่างเป็นระบบ

2.2 เพื่อให้ผู้ที่มีความพิการทางการมองเห็น ที่จำเป็นต้องได้รับการ O&M ได้รับอุปกรณ์ (ไม้เท้าขาว) ควบคู่กับบริการ O&M ที่มีคุณภาพ รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

2.3 เพื่อให้เกิดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility) อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด

3. กลุ่มเป้าหมาย

คนตาบอดที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ ได้แก่

- ผู้มีความพิการทางการมองเห็น (ตาบอด/สายตาสั้น/ตาเหล่)
- ผู้มีความพิการตั้งแต่กำเนิด/ภายหลัง
- อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

4. พื้นที่ดำเนินการ

หน่วยบริการระดับจังหวัดทุกจังหวัด หรือในอำเภอใหญ่ที่มีความพร้อม อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด

5. วิธีดำเนินการ

5.1 หน่วยบริการ สมัคร/แสดงความจำนง เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ ด้าน O&M กับ สปสช.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 หน่วยบริการจัดเตรียมความพร้อมด้านสถานที่สำหรับการจัดบริการคนตาบอดฯ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีในจังหวัด เช่น สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สาขาในภูมิภาค ศูนย์การศึกษาพิเศษ โรงเรียนสอนคนตาบอดหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ ให้ร่วมบริการ

5.4 ประชาสัมพันธ์และประสานสร้างเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เช่น หน่วยบริการในพื้นที่เป้าหมาย (รพช. สอ. PCU) หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการค้นหา คัดกรอง และส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับการตรวจประเมิน ณ ศูนย์บริการ O&M เพื่อให้ได้รับการตามความเหมาะสมและจำเป็น

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 โดยบุคลากรของหน่วยบริการที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M instructor) และประสานความร่วมมือกับสมาคมคนตาบอดหรือองค์กรอื่นๆ เช่น ศูนย์ธรรมมิกชนฯ โรงเรียนสอนคนตาบอด ที่พร้อมให้การสนับสนุน

5.5.4 หน่วยบริการและเครือข่ายบริการ จัดสถานที่ให้บริการ วัสดุ อุปกรณ์ ที่พักสำหรับการฝึกที่ชัดเจน เหมาะสม ปลอดภัย

5.5.5 ให้บริการ O&M โดยครูฝึกที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กำหนด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกฯ ไว้กับศูนย์และ 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 และการประเมินผล ลัทธิรายบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษรและประสานรวบรวมข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ

6. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ภายในปีงบประมาณ 2556 (1 ตุลาคม 2555 – 30 กันยายน 2556)

7. งบประมาณ

จากงบประมาณฯ และบริการ ที่สปสช. เขต ได้รับจัดสรรโดยสนับสนุนให้หน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าพัฒนา บริหารจัดการและค่าใช้จ่ายในการให้บริการ O&M ตามจำนวนคนตาบอดกลุ่มเป้าหมายและหลักสูตรการฝึกอบรม ดังนี้

- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการอบรม O&M โดยเหมาจ่ายรายละ 9,000 บาท (ตามจำนวนกลุ่ม เป้าหมายที่ได้รับบริการจริงจากหน่วยบริการ)

ทั้งนี้ สปสช. จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณการอบรมครูฝึก O&M ให้แก่บุคลากรของศูนย์ฯ ที่เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M instructor) ณ วิทยาลัยราชสุดามหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำหน้าที่ครูฝึกให้บริการอบรม O&M แก่คนพิการทางสายตา โดย สปสช. ส่วนกลางประสานความร่วมมือกับวิทยาลัยราชสุดาโดยตรง

8. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

สปสช.กำหนดให้มีการติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ O&M โดยความร่วมมือจาก สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันคนตาบอดเพื่อการวิจัยและพัฒนาฯ สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย และสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ตามกรอบเนื้อหา ดังนี้

8.1 การประเมินติดตามความสามารถ/การใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการทางสายตา หลังจากรับบริการที่ศูนย์บริการตามระยะเวลาที่กำหนด

8.2 จากความพึงพอใจของผู้รับบริการ และญาติ

8.3 การบริหารจัดการของศูนย์บริการระดับจังหวัด/อำเภอ

8.4 การติดตามประเมินผลในภาพรวมและเครือข่ายร่วมให้บริการ

ภาคผนวก 6.4

แนวทางการพิจารณาสนับสนุนและส่งเสริมหน่วยบริการ ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2556

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ โดยเน้นการจัดบริการในระดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล ที่ยังมิได้มีการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ให้มีการจัดบริการและเกิดการกระจายตัวของการให้บริการอย่างทั่วถึงมากขึ้น

1.2 เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้ครอบคลุมถึงการดูแลคนพิการในระดับชุมชนได้ และช่วยให้คนพิการในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด

1.3 เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการในระดับต่างๆ มีการพัฒนาและยกระดับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้านการแพทย์ที่นอกเหนือจากภาระงานปกติให้คงสภาพบริการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) หรือพัฒนางานเพิ่มขึ้น

2. กลุ่มเป้าหมาย/วงเงินที่สนับสนุน

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สนใจดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยเน้นสถานีนอนามัย /คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนโดย กำหนดประมาณการวงเงินที่สนับสนุน ดังนี้

- ศูนย์สุขภาพชุมชน / คลินิกชุมชนอบอุ่น / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - โครงการละไม่เกิน 30,000 - 50,000 บาท
 - โรงพยาบาลชุมชน โครงการละไม่เกิน 100,000 – 300,000 บาท
- ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของ อปสข.

3. ระยะเวลาดำเนินการโครงการ

กำหนดระยะเวลาเสนอโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มีนาคม 2556 และให้ดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ แล้วเสร็จภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

4. ขอบเขตการดำเนินงานโครงการที่พิจารณาให้การสนับสนุน

4.1 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาระดับการบริการแบบผสมผสานในหน่วยบริการ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รวมทั้งคนพิการทั้ง 6 ประเภทความพิการ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการได้ยิน และสื่อความหมาย การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการมองเห็น การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการบุคคลออทิสติก และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการทางจิตและพฤติกรรม

4.2 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาระดับการบริการที่บ้านหรือในชุมชน ร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ทำให้คนพิการได้รับการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมสภาพพื้นที่หรือสิ่งแวดล้อมตามวิถีชีวิตจริงโดยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

4.3 เป็นโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการ ให้สามารถจัดบริการให้กับคนพิการได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม การจัดบริการตรวจประเมินและจดทะเบียนผู้พิการในรูปแบบ one stop service ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหา ตรวจประเมินความพิการ ประสานช่วยเหลือ เพื่อให้คนพิการได้รับการรักษา/บริการ และสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งส่งต่อ เพื่อให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสม

5. หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน

5.1 หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานใดๆ ที่ให้เห็นว่าตลอด 1 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์หรือคนพิการ และ/หรือ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากที่ได้รับการสนับสนุนจากระบบของภาครัฐตามกฎหมาย 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

ภาคผนวก 6.5

แนวทางการพิจารณาสนับสนุนและส่งเสริมองค์กรคนพิการในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2556

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์กรคนพิการ กลุ่มคนพิการ อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่น ชุมชน ให้สามารถดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือคนพิการภายในกลุ่ม เครือข่าย หรือในชุมชนท้องถิ่นของตนเองได้

1.2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์กรด้านคนพิการ กลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ ผู้ดูแล หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.3 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในส่วนที่หน่วยงานของภาครัฐยังไม่มีดำเนินการหรือมีแล้วแต่ยังไม่เพียงพอในพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้โดยองค์กรคนพิการ กลุ่มคนพิการ อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่น ชุมชนหรือการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรดังกล่าวและหน่วยงานภาครัฐ

2. กลุ่มเป้าหมายองค์กรที่สนับสนุน

2.1 องค์กรคนพิการทั้ง 6 ประเภท ได้แก่ องค์กรของผู้บกพร่องทางการมองเห็น ผู้บกพร่องทางการได้ยิน ผู้บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ผู้บกพร่องทางจิตและพฤติกรรม ผู้บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ และบุคคลออทิสติก รวมถึงองค์กรคนพิการที่มีการดำเนินงานครอบคลุมคนพิการทุกประเภท

2.2 กลุ่มคนพิการ ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ องค์กรหรือกลุ่มผู้ปกครองคนพิการที่มีการรวมตัวกันทำกิจกรรม ทั้งในรูปของ กลุ่ม ชมรม สมาคมหรืออื่นๆ ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมาแล้วระยะหนึ่ง หรือหากยังไม่มีประสบการณ์อาจดำเนินการได้ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรที่มีประสบการณ์หรือหน่วยบริการในพื้นที่

2.3 องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน กลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการในท้องถิ่นชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านสุขภาพ

3. วเวินที่สนับสนุน

3.1 องค์กรฯ แม่ข่ายระดับประเทศ สนับสนุนในวงเงินไม่เกินโครงการละ 300,000 บาท โดยเสนอขอรับการสนับสนุนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

3.2 องค์กรฯ ในพื้นที่และมีพื้นที่ดำเนินงานภายในจังหวัดเดียวกัน สนับสนุนในวงเงินงบประมาณไม่เกินโครงการละ 100,000 บาท ทั้งนี้ หากเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่ดำเนินการในระดับภาค หรือพื้นที่เขตติดต่อ อาจพิจารณาสนับสนุนตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยเสนอขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต หรือ สำนักงานเขตพิจารณาขึ้นต้นแล้วประสานส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง เพื่อพิจารณาสนับสนุนพร้อมกับองค์กรคนพิการแม่ข่ายระดับประเทศ

4. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

กำหนดระยะเวลาให้องค์กรกลุ่มเป้าหมายเสนอโครงการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มีนาคม 2556 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 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสติปัญญา และการเรียนรู้ (บุคคลปัญญาอ่อนและออทิสติก)

5.6 การจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในรูปแบบอื่น เช่น การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแนะนำ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ 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 มาพร้อมกับโครงการที่เสนอขอ

6.5 องค์กรที่เสนอโครงการ ต้องแสดงให้เห็นถึงข้อมูลเชิงศักยภาพในการดำเนินงานที่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัด
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควร กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในระดับจังหวัด เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และเพื่อเป็นการสอดคล้องกับความในมาตรา ๑๒ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการให้บริการสาธารณสุข คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๔ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด และมีมติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๕๔ มอบหมายให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่แทนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม และได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนส่งเสริม และพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ของหน่วยบริการ สถานบริการ องค์กร และชุมชน

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

/ผู้สูงอายุ...

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

“ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า บุคคลที่ยังไม่ถูกประเมินเป็นคนพิการ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด จากภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหรือช่วยเหลือให้มีสมรรถภาพด้านสุขภาพ เพื่อให้ข้อจำกัดดังกล่าวลดลงหรือหมดไป

“องค์กรคนพิการ” หมายความว่า กลุ่มคนพิการที่รวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มคนพิการ รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“องค์กรผู้สูงอายุ” หมายความว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่รวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“องค์กรอื่นๆ” หมายความว่า กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิ ที่จัดตั้งขึ้น เพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีใช่เป็นการแสวงกำไรและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์มาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

ข้อ ๒ บรรดาประกาศ คำสั่ง หรือหลักเกณฑ์อื่นใด ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๓ องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (๑) มีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (๒) มีการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในพื้นที่มาก่อนแล้ว มีการจัดทำแผนและดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆในพื้นที่
- (๓) มีความพร้อมในการสมทบงบประมาณตามอัตราส่วนที่กำหนดตามข้อ ๕(๒)

ข้อ ๔ ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- (๑) เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัด ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพจากหน่วยบริการ สถานบริการ หรือองค์กรอื่นๆ รวมทั้งได้รับเครื่องช่วยกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ในกรณีที่มีผลการตรวจวินิจฉัยหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และ

/รายการ...

รายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด หรือรายการอื่นที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

(๒) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดนั้น ให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในท้องถิ่นชุมชนได้มากขึ้น

(๓) เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน และในครอบครัว ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการของหน่วยบริการอย่างทั่วถึงในเขตจังหวัดนั้น

(๔) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการ และองค์กรผู้สูงอายุ และองค์กรอื่นๆ ให้สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองได้ในระยะยาว

(๕) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในรอบปีงบประมาณนั้น

ข้อ ๕ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) เงินสมทบที่ได้รับจากองค์กรบริหารส่วนจังหวัดในสัดส่วนที่เท่ากันหรือมากกว่าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้

(๓) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ชุมชน กองทุนชุมชนหรือประชาชนที่ใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ

(๔) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๕) รายได้อื่นๆหรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๖ ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

(๑) ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นที่ปรึกษา

(๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ เป็นที่ปรึกษา

(๓) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธานกรรมการ

/(๔)...

- | | |
|---|---------------------------------|
| (๔) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๕) ท้องถิ่นจังหวัด | เป็นกรรมการ |
| (๖) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๘) ผู้แทนสภาคนพิการทุกประเภทหรือองค์กรหรือชมรมคนพิการในจังหวัด จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๙) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๑) ผู้อำนวยการหน่วยบริการประจำที่ไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๒) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๓) นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัดหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่เกี่ยวข้องจำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๔) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๕) นายกเทศมนตรี จำนวน ๑ คน | เป็นกรรมการ |
| (๑๖) ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย | เป็นกรรมการ และเลขานุการ |
| (๑๗) เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่มอบหมาย | เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๘) เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดมอบหมาย | เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๗ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเป็นผู้คัดเลือกกรรมการตามข้อ ๖(๘)-(๑๓) และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดประสานงานท้องถิ่นจังหวัด เพื่อให้มีการดำเนินการคัดเลือกกันเองเป็นกรรมการตามข้อ ๖(๑๔) และ (๑๕)

ให้กรรมการตามข้อ ๖(๓)-(๖) และ (๘)-(๑๘) ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามข้อ ๖(๗)

ข้อ ๘ เมื่อได้รายชื่อตาม ข้อ ๖(๗)-(๑๕) แล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด เสนอรายชื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการต่อไป

ข้อ ๙ ให้กรรมการที่มาจากการคัดเลือกตามข้อ ๖(๗)-(๑๕) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสองปีนับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง ให้มีการคัดเลือกกรรมการที่ครบวาระ ทั้งนี้ กรรมการที่ครบวาระอาจได้รับการคัดเลือกให้เป็นกรรมการได้อีก กรณีที่ยังมิได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ในกรณีที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้มีการคัดเลือกกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง เว้นแต่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งนั้นเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกก็ได้

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งแทน อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน

ข้อ ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามข้อ ๙ แล้ว ให้กรรมการพ้นจากตำแหน่ง ในกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) โดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้รับโทษจำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) โดยคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๑ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนในข้อ ๔

(๒) จัดทำข้อมูลและแผนการพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยบูรณาการเชื่อมโยงกับภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์การคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น

(๓) ดำเนินการให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่จังหวัดเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

/(๔)...

(๔) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีการเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๕) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน จ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่กำหนด

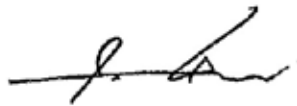
(๖) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กำหนด

ข้อ ๑๒ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้ กับให้มีอำนาจออกแนวทางปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อประกาศนี้ได้

ข้อ ๑๓ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ทำหน้าที่แทนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สิน
ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัด
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทาง เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับความในข้อ ๑๑(๔) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม และได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนส่งเสริม และพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ของหน่วยบริการ สถานบริการ องค์กร และชุมชน

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๒ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

(๒) เงินสมทบที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในสัดส่วนที่เท่ากับหรือมากกว่าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้

(๓) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ชุมชน กองทุนชุมชนหรือประชาชนที่ใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ

(๔) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๕) รายได้อื่นๆหรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๓ บรรดาเงินรายรับในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด..... ที่เปิดบัญชีไว้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

ข้อ ๔ การรับเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้รับเป็นเงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน ธนาณัติ โอนเข้าบัญชีทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕ การรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของคณะกรรมการ ให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือการรับเงินทางธนาคารให้ใช้สำเนาใบนำฝากเงินของธนาคารเป็นหลักฐาน หรือใช้หลักฐานอื่นที่คณะกรรมการเห็นสมควรก็ได้

ข้อ ๖ ให้คณะกรรมการมอบหมายให้กรรมการคนใดคนหนึ่ง เป็นผู้รับผิดชอบในการรับเงินและนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....ภายในวันนั้น กรณีนำฝากธนาคารไม่ทันให้เก็บรักษาในตู้รับฝากขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและให้นำฝากธนาคารภายในวันทำการถัดไป นับแต่วันที่ได้รับเงิน

ข้อ ๗ คณะกรรมการอาจสั่งจ่ายเงินที่ได้รับตามข้อ ๒ ภายใต้กรอบแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการอนุมัติ ทั้งนี้ ตามวัตถุประสงค์กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้จ่ายได้ ดังนี้

(๑) จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค หรือตัวแลกเงิน หรือธนาณัติ

(๒) จ่ายทางธนาคารทางอิเล็กทรอนิกส์หรือทางอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

ข้อ ๙ การจ่ายเงินตามข้อ ๘ ให้จ่ายในนามของผู้มีสิทธิรับเงิน ถ้าผู้มีสิทธิรับเงินไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ก็ได้กระทำได้

ข้อ ๑๐ การจ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยปกติต้องมีหลักฐานการจ่ายที่เป็นใบเสร็จรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่นที่คณะกรรมการกำหนด เก็บไว้ให้ตรวจสอบ

ข้อ ๑๑ ในการเก็บรักษาเงิน ให้คณะกรรมการเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด.....”

ข้อ ๑๒ การเปิดบัญชี ตามข้อ ๑๑ ให้คณะกรรมการมอบหมายให้ประธานกรรมการและกรรมการอื่นอีก ๓ คน มีอำนาจลงนามร่วมกันในการเปิดบัญชี และเบิกจ่ายเงินจากบัญชีที่เปิดไว้กับธนาคารตามจำนวนเงินที่คณะกรรมการอนุมัติ

การเบิกจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง ให้ประธานกรรมการและกรรมการอีก ๑ คน ที่มีอำนาจลงนามในการเปิดบัญชีเป็นผู้ลงนามในการเบิกจ่าย

ข้อ ๑๓ กรณีที่มีความจำเป็น คณะกรรมการอาจมอบหมายให้ประธานกรรมการหรือกรรมการและเลขานุการ เก็บรักษาเงินสดไว้เพื่อสำรองจ่ายภายในวงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ต่อวัน

ข้อ ๑๔ การบันทึกบัญชีให้ใช้แนวทาง ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บันทึกตามระบบบัญชีขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ถือปฏิบัติ แต่ให้แยกระบบบัญชีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ออกจากระบบบัญชีปกติ เป็นอีกชุดหนึ่งต่างหาก หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

(๒) รอบระยะเวลาบัญชี ให้ถือตามปีงบประมาณ

(๓) การเริ่มระบบบัญชีให้เริ่ม ณ วันที่ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหรือได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ ๑๕ ให้คณะกรรมการจัดทำรายงานการรับเงิน – จ่ายเงิน และเงินคงเหลือ ประจำเดือน ประจำไตรมาส และประจำปีงบประมาณ

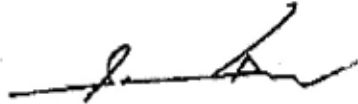
ข้อ ๑๖ ให้คณะกรรมการนำเสนอรายงานการเงินต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทุกไตรมาสภายใน ๓๐ วันนับจากวันสิ้นไตรมาส และส่งรายงานการเงินและการพัสดุเมื่อสิ้นปีงบประมาณภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

ข้อ ๑๗ รูปแบบรายงานทางการเงิน ให้เป็นไปตามท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการ มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม
ประกาศนี้ กับให้มีอำนาจออกแนวทางปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อประกาศนี้ได้

ข้อ ๑๙ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายวินัย ชาติศิริ)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ และข้อ ๓๘.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕
ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนด และเพื่อการพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้กับหน่วยบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าต่อระบบ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ดังนี้

๑.๑ ความพร้อมด้านบุคลากร

๑.๑.๑ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ประจำหน่วยบริการ เพื่อประเมินระดับการสูญเสียการได้ยินตามเกณฑ์ และพิจารณาใส่เครื่องช่วยฟัง

๑.๑.๒ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายประจำหน่วยบริการ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (หากไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำหน่วยบริการ หน่วยบริการต้องระบุสังกัดให้ทราบ) เป็นผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังประจำหน่วยบริการ

๑.๒ ความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่

๑.๒.๑ มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ก่อนใช้เครื่องช่วยฟัง

๑.๒.๒ มีการทำ Audiogram ในห้อง Sound proof room ที่ได้มาตรฐาน การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ต้องตรวจตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ การตรวจ Air Conduction, Bone Conduction, SRT (Speech reception threshold และ PB (Phonetically Balanced)

๑.๓ ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ

๑.๓.๑ มีการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๓.๒ มีการระบุชนิดเครื่องช่วยฟัง/ชื่อทางการค้า/รุ่นและเลขเครื่อง/ราคา

๑.๓.๓ มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน

๑.๓.๔ มีการกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

รายละเอียดแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕
ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนด และเพื่อการพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้กับหน่วยบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าต่อระบบ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ดังนี้

๑.๑ ความพร้อมด้านบุคลากร

๑.๑.๑ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ประจำหน่วยบริการ เพื่อประเมินระดับการสูญเสียการได้ยินตามเกณฑ์ และพิจารณาใส่เครื่องช่วยฟัง

๑.๑.๒ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายประจำหน่วยบริการ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (หากไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำหน่วยบริการ หน่วยบริการต้องระบุสังกัดให้ทราบ) เป็นผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังประจำหน่วยบริการ

๑.๒ ความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่

๑.๒.๑ มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ก่อนใช้เครื่องช่วยฟัง

๑.๒.๒ มีการทำ Audiogram ในห้อง Sound proof room ที่ได้มาตรฐาน การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ต้องตรวจตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ การตรวจ Air Conduction, Bone Conduction, SRT (Speech reception threshold และ PB (Phonetically Balanced)

๑.๓ ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ

๑.๓.๑ มีการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๓.๒ มีการระบุชนิดเครื่องช่วยฟัง/ชื่อทางการค้า/รุ่นและเลขเครื่อง/ราคา

๑.๓.๓ มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน

๑.๓.๔ มีการกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

๒. การสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๒.๑ หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สามารถติดต่อสอบถามและส่งหนังสือแจ้งความประสงค์เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง พร้อมแจ้งรายชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

๒.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต พิจารณาและตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังของหน่วยบริการ

๒.๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตแจ้งผลการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้หน่วยบริการทราบ

๒.๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๓. เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน

ผู้มีสิทธิได้รับเครื่องช่วยฟัง เป็นผู้ที่มีสิทธิและได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงหลงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด

๓.๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อม อย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน

๓.๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

๓.๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูดหรือมีความพิการซ้อน

๓.๒ ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ (Hertz: Hz) เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล (dB) ทั้งนี้ ต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ

๔. บุคลากรผู้ให้บริการ

๔.๑ ผู้ให้บริการตรวจการได้ยินหรือผู้ที่สามารถตรวจการได้ยิน ได้แก่ โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย

๔.๒ ผู้รับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ตรวจรักษาผู้สูญเสียการได้ยิน และตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการ

ข. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน ทั้งนี้ ต้องมีผลตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน ที่ได้รับการรับรองโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (ที่กำกับด้วยเลขการประกอบโรคศิลปะ) หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์

๔.๓ ผู้พิจารณาในการใส่เครื่องช่วยฟัง คือ โสต ศอ นาสิกแพทย์

๕. วิธีการตรวจการได้ยิน

อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ โสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดของสมาคมโสตสัมผัสวิทยา และการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ และเกณฑ์ที่กำหนดโดยราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย ดังนี้

๕.๑ การตรวจการได้ยิน ตรวจด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้ห้องควบคุมเสียงที่มีระดับเสียงรบกวนตามมาตรฐานที่กำหนด และตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย ผลการตรวจที่ได้ จะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการจัดทะเบียนคนพิการ และพิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟังให้เหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินในแต่ละราย

๕.๑.๑ การตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่

ก. ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน และตรวจหูโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ เสียก่อน เพื่อขจัดสาเหตุการสูญเสียการได้ยินที่เกิดจากหูชั้นนอก

ข. ตรวจ Weber, Rinne และ/หรือ Bing test โดยใช้ Bone vibrator เพื่อแยกประเภทการสูญเสียการได้ยิน

ค. ตรวจการได้ยิน โดยใช้คำพูด เพื่อหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition)

ง. ตรวจการได้ยินเสียงบริสุทธิ์ทั้งการนำเสียงทางอากาศและทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๑.๒ การตรวจการได้ยินในเด็ก

การตรวจการได้ยินในเด็กเล็ก ควรได้ผลการตรวจวินิจฉัย และให้ติดตามผลจนกว่าจะได้ระดับการได้ยินที่แน่นอนจากการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งหรือประกอบกัน เช่น

ก. สังเกตพฤติกรรมการฟัง (Behavioral Observation Audiometry : BOA)

ข. ตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (Acoustic Immittance measurement)

ค. ตรวจสมรรถภาพเซลล์ประสาทหูชั้นใน (Otoacoustic emission : OAEs)

ง. ตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง (Auditory brainstem response : ABR)
(Auditory steady state response : ASSR)

จ. ตรวจการได้ยินโดยใช้แรงเสริมทางสายตา (Visual re-inforcement audiometry : VRA)

ฉ. ถ้าเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการตรวจได้ (อายุมากกว่า ๒ ปีครึ่ง)

- ตรวจการได้ยินโดยใช้คำพูด
- ตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงบริสุทธิ์ ทั้งการนำเสียงทางอากาศ และทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๒ การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๑ ผู้ที่มีส่วนในการเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย เป็นผู้เลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสม ให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน

ข. ผู้สูญเสียการได้ยินมีสิทธิ์เลือกรับเครื่องช่วยฟังที่มีคุณภาพ ซึ่งเหมาะสมกับระดับการได้ยิน สภาพของหู และความสะดวกในการใช้งาน ทั้งนี้ ควรเลือกเครื่องที่มีราคาต่ำสุดก่อน โดยที่เครื่องช่วยฟังที่ให้เลือก มีคุณภาพใกล้เคียงกัน

๕.๒.๒ ขั้นตอนการเลือกเครื่องช่วยฟัง

ก. ทำความเข้าใจกับผู้สูญเสียการได้ยิน และ/หรือผู้ปกครอง ถึงผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยิน ที่มีต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวันหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ข. อธิบายวิธีการเลือกเครื่องช่วยฟังให้แก่ผู้สูญเสียการได้ยินและ/หรือผู้ปกครอง

ค. แนะนำเครื่องช่วยฟังแบบต่าง ๆ ที่มีคุณภาพซึ่งเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินและให้รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังในแต่ละแบบทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินและ/หรือผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการเลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน

ง. เลือกเครื่องช่วยฟังที่มีกำลังขยายพอเหมาะสมควรกับระดับการสูญเสียการได้ยินอย่างน้อยจำนวน ๒-๓ เครื่อง แบบต่าง ๆ ที่มีคุณภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินมีโอกาสฟังเสียงพร้อมทั้งเปรียบเทียบคุณภาพเสียงที่แตกต่างกัน

จ. การใช้เครื่องช่วยฟัง ๑ ข้างหรือ ๒ ข้าง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงระดับการได้ยิน ความพิการซ้อน อาชีพ และการดำรงชีวิตของผู้สูญเสียการได้ยิน

๕.๒.๓ ขั้นตอนการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เพื่อให้เครื่องช่วยฟังเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินแต่ละราย สามารถประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง โดยวิธีการใด วิธีการหนึ่ง หรือทั้งสองวิธี ดังนี้

วิธี Subjective Method

ก. การหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition score) ด้วยการฟังจากเครื่องช่วยฟังเปรียบเทียบกับ ๒-๓ เครื่อง (จากต่างบริษัท/ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง (ยี่ห้อ)) ในกรณีที่ผู้สูญเสียการได้ยินสูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงให้ทดสอบหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูดด้วยการฟังขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังร่วมกับการอ่านริมฝีปาก (Speech reading)

ข. ทดสอบการได้ยินโดยปล่อยเสียงผ่านลำโพง (Sound field) ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังและไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง (Functional gain)

ค. ให้พิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟัง โดยใช้คุณภาพเสียงเป็นหลัก

วิธี Objective Method โดยการใช้ Probe microphone instrument วัดการขยายเสียงภายในช่องหูของผู้สูญเสียการได้ยินขณะใส่เครื่องช่วยฟังทีละเครื่อง แสดงผลเป็นรูปกราฟการขยายเสียงในแต่ละความถี่ ทำการประเมินทีละเครื่องรวม ๒-๓ เครื่อง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๔ ขั้นตอนการแนะนำ วิธีใช้เครื่องช่วยฟัง การแนะนำผู้สูญเสียการได้ยิน และ/หรือผู้ปกครอง ถึงวิธีการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการใช้ วิธีการดูแลรักษา และการแก้ปัญหาเมื่อเครื่องช่วยฟังขัดข้อง

๕.๒.๕ การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

ก. ในช่วงระยะ ๑-๓ เดือนแรก ให้ติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังในชีวิตประจำวัน ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และ/หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปรับแต่งเครื่องช่วยฟังเพื่อเพิ่มคุณภาพเสียงให้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็น ได้แก่ แบตเตอรี่ (ถ่าน) สำหรับเครื่องช่วยฟัง ให้เพียงพอต่อการใช้งานสารคัดความชื้นสำหรับผู้ที่มีเหงื่อมาก รวมทั้งให้การฟื้นฟูสร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยิน แก้อาการพูดและพัฒนาการทางภาษาแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

ข. หลังจากนั้น จึงติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังพิมพ์หู และแบตเตอรี่ (ถ่าน) เป็นระยะ เช่น ๓ เดือน ๖ เดือน หรือเมื่อมีปัญหา และควรติดตามตรวจการได้ยินและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

ค. หากการได้ยินเสียงจากเครื่องช่วยฟังลดลง เนื่องจากสูญเสียการได้ยินเพิ่มมากขึ้น ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งการเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์

ง. ในกรณีเครื่องช่วยฟังชำรุด ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้ การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์

๖. การตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบตรวจสอบอายุการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ (๑ เครื่องใช้งานได้ ๓ ปี) เพื่อให้เป็นไปตามสิทธิ และเพื่อป้องกันการเบิกเครื่องช่วยฟังซ้ำซ้อน หน่วยบริการสามารถเข้าไปตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องดังกล่าว ได้ที่ “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

๗. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน สามารถส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๗.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยระบุรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD10) H900, H903, H906 และรหัสเหตุการณ์ (ICD9CM) 9548 ถ้า+21 (เฉพาะเด็ก) ใน “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ภายใน ๓๐ วันหลังการให้บริการ

๗.๒ หลักเกณฑ์และมาตรฐานการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๗.๒.๑ เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการตรวจการได้ยิน การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด ดังรายละเอียดข้างต้น โดยหน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานการตรวจการได้ยิน ผลการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เอกสารการเซ็นต์รับเครื่องช่วยฟัง เอกสารการจัดซื้อรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งหลักฐาน Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของเครื่องช่วยฟัง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลัง

๗.๒.๒ อายุการใช้งานเครื่องช่วยฟัง ๓ ปี

๗.๒.๓ หากเครื่องช่วยฟัง สูญหาย ผู้มีสิทธิ์จะไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้

๗.๒.๔ หน่วยบริการ ต้องมีการลงบันทึกข้อมูลในเอกสาร เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบหลังจ่าย (Post Audit) ดังนี้

ก. ใบประวัติผู้รับบริการ (OPD Card) ที่ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญคือ

- ผลการตรวจการได้ยิน
- ผลการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง
- การแนะนำการใช้เครื่องช่วยฟัง
- การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง
- จำนวนเครื่องที่ให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน พร้อมทั้งลักษณะเฉพาะของ แต่ละเครื่อง ได้แก่ ชนิดเครื่องช่วยฟัง ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง (ยี่ห้อ) และ รุ่น/เลขเครื่อง

ข. ผลการตรวจสอบสิทธิคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากระบบตรวจสอบสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค. การบันทึกแบบสอบถามประเมิน/และติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง (รายละเอียดแนบท้าย)

๗.๓ อัตราค่าใช้จ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการจัดซื้อหรือจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังบวกค่าดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาค่าเวชภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ โดยไม่เกินเพดานราคากลางที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนดดังตาราง

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย / ราคากลาง
๒๕๐๑	เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน สำหรับเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๐ ปี ลักษณะใช้ทัดใบหู ไม่มีสาย	ข้างละ ๑๕,๐๐๐ บาท
๒๕๐๒	เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน สำหรับผู้ใหญ่ลักษณะใช้ทัดใบหู ไม่มีสาย	ข้างละ ๑๓,๕๐๐ บาท

๗.๔ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ในกรณีที่พบว่าหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถดำเนินการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๒

แบบประเมินการให้บริการด้านสุขภาพ กรณีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน

โรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....วันที่.....

ขั้นตอนการใส่เครื่องช่วยฟัง	ใช่	ไม่ใช่
1. มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ก่อนใช้เครื่องช่วยฟัง		
2. มีการทำ Audiogram ใน Sound proof room พบว่ามีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ (Hz) เท่ากับหรือมากกว่า 40 เดซิเบล (dB) ทั้งนี้ ต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลตรวจการได้ยินเฉลี่ย (Air Conduction Threshold) <input type="checkbox"/> RE.....dB <input type="checkbox"/> LE.....dB		
3. โสต ศอ นาสิกแพทย์ ได้ประเมินว่าเป็นผู้สูญเสียการได้ยิน ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> • ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด • มีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด • การสูญเสียการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตลดลง • การสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน • การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทางภาษาและการพูดในเด็กหรือมีความพิการซ้ำซ้อน 		
4. ผู้พิจารณาใส่เครื่องช่วยฟังเป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์ ระบุ นพ./พญ.RCOT เลขที่.....		
5. ผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังเป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์, นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย ระบุ ชื่อ สกุล.....ตำแหน่ง.....		
6. เลือกใส่เครื่องช่วยฟัง ในหูที่เหมาะสมเพียงข้างเดียวก่อน ระบุ <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> LE		
7. มีการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง โดย Subjective Method หรือ Objective Method		
8. มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน		
9. มีการระบุ ชนิดเครื่องช่วยฟัง/ชื่อทางการค้า/รุ่นและเลขเครื่อง/ราคา ชนิดเครื่องช่วยฟัง <input type="checkbox"/> Pocket hearing aid <input type="checkbox"/> BFT <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> RE ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ).....รุ่น/เลขเครื่อง.....ราคา..... <input type="checkbox"/> LE ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ).....รุ่น/เลขเครื่อง.....ราคา.....		
10. มีกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง ในระยะ 1-3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี ครั้งที่ 1: (ช่วง 1-3 เดือน) วันที่..... ครั้งที่ 2: (ช่วง 6 เดือน) วันที่..... ครั้งที่ 3: (ช่วง 1 ปี) วันที่.....		

ผู้บันทึก.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ภาคผนวก 7

รายชื่อผู้รับผิดชอบและ
ผู้ประสานงานบริหารจัดการกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง)

ภาคผนวก 7

รายชื่อผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานบริหารจัดการกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [ส่วนกลาง]

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว		
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	
1.1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ		นายธวัชชัย เรืองโรจน์ โทรศัพท์ 02-141-4173 E-mail : tawatchai.r@nhso.go.th
1.2. บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ		ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอก/สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครายบุคคล นายชัยวัฒน์ ดลยวัฒนา โทรศัพท์ 02-141-4227 E-mail : chaiwat.d@nhso.go.th
		การพัฒนากระบวนการเงินการคลัง นางสาวศิริพร ธนกิจเจริญ โทรศัพท์ 02-141-4168 E-mail : siriporn.d@nhso.go.th
1.3. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ	นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน โทรศัพท์ 02-1415066 E-mail : Grit.l@nhso.go.th ดำเนินงานจัดสรรและกำกับ ติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณระบบ บริการปฐมภูมิ	นางจุฬาดา สุขมาลวรรณ โทรศัพท์ 0-8443-9009-7 E-mail : Chulada.s@nhso.go.th
		นางบำรุง ชลอเดช โทรศัพท์ : 0-84-439-0137 E-mail : Bumrung.c@nhso.go.th
		นส.วรวิทย์ ธนประกฤต โทรศัพท์ : 0-8117-0401-6 E-mail : Worawee.t@nhso.go.th
		นส.เยาวภา สันติกุล โทรศัพท์ : 0-8181-9459-7 E-mail : Yaowapa.s@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ	นางสาวอรุณรัศม์ ภูนา โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5672 โทรสาร 0-4424-8875 Email : arunruch.k@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสาวธนัญญา อาษากิจ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5652 โทรสาร 0-4424-8875 Email : thananya.a@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางพิณฑิพย์ กีนพันธ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5664 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pintip.g@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางพิณฑิพย์ กีนพันธ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5664 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pintip.g@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระเจกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวอรุณรัศม์ ภูนา โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5672 โทรสาร 0-4424-8875 Email : arunruch.k@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางสาวธนัญญา อาษากิจ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5652 โทรสาร 0-4424-8875 Email : thananya.a@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางสาวพงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5670 โทรสาร 0-4424-8875ข Email : pongpaka.p@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นายวีระชัย ก้อนมณี โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5660 โทรสาร 0-4424-8875ข Email : werachai.k@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นายพูนชัย ไตรภูธร โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5665 โทรสาร 0-4424-8875 Email : poonchai.t@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวเสนีย์วรรณ เสนียุทธ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5661 โทรสาร 0-4424-8875 Email : saneewan.s@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางสาวกานดา อารังวงศ์สวัสดิ์ (กระตุนบริการนวดไทยและฟื้นฟูสุขภาพหญิงหลังคลอด) โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5656 โทรสาร 0-4424-8875 Email : kanda.t@nhso.go.th นางสาวพงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์ (ยาสมุนไพร) โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5670 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pongpaka.p@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
	พัฒนา และออกแบบระบบการ จัดสรรและจัดทำข้อเสนอการบริหาร จัดการกองทุนปฐมภูมิ กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน	โทรศัพท์ : 0-9019-7512-7 E-mail : Vasinee.s@nhso.go.th นส.กฤษณา จงสงเสริม โทรศัพท์ : 0-8475-1162-7 E-mail : Kritsana.j@nhso.go.th นส.วิชญา คำแฝง โทรศัพท์ : 0-9019-7513-5 E-mail : Wichaya.k@nhso.go.th
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ โทรศัพท์ 02-141-5725 โทรสาร 02-143-9735 Email : bunjong.c@nhso.go.th	นางบรรจง จำปา โทรศัพท์ 02-141-4066 โทรสาร 02-143-9749 Email : Atthaporn.l@nhso.go.th นางเบญจมาศ เลิศชาคร โทรศัพท์ 02-141-4069 โทรสาร 02-143-9749 Email : bunjong.c@nhso.go.th
3. เงินเพิ่มสำหรับ หน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	นายธวัชชัย เรืองโรจน์ โทรศัพท์ 02-141-4173 E-mail : tawatchai.r@nhso.go.th
4.บริการกรณีเฉพาะ (ค่าใช้จ่ายสูง/ อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริหารโรค เฉพาะ 4.1 บริการค่าใช้จ่ายสูง	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ โทรศัพท์ 02-141-5725 โทรสาร 02-143-9735 Email : Atthaporn.l@nhso.go.th	นางบรรจง จำปา โทรศัพท์ 02-141-4066 โทรสาร 02-143-9749 Email : bunjong.c@nhso.go.th นางกฤษณา โกสินเดช โทรศัพท์ 02-141-4096 โทรสาร 02-143-9738 Email: Kisana.K@nhso.go.th
4.1.1 หัตถการและการวินิจฉัยที่มีปัญหา การเข้าถึง	รายการอุปกรณและอวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือ รังสีรักษา สำหรับบริการผู้ป่วยนอก รายการที่เป็นการวินิจฉัยราคาแพง และหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ของบริการแบบ Ambulatory	

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
	บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่ง เพดานโหว่	ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ โทรศัพท์ 02-141-5725 โทรสาร 02-143-9735 Email : Atthaporn.I@nhso.go.th
	บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะ ข้ามจังหวัด	นางกฤษฎา โกสสินเดช โทรศัพท์ 02-141-4096 โทรสาร 02-143-9738 Email address : Kisana.K@nhso.go.th
	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	
4.1.2 ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ยาขับธาตุเหล็กสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย	เภสัชกรหญิงวรรณภา ไกรโรจนานันท์ โทรศัพท์ : 02-141-4197, 084-387-8045 email : wannapa.k@nhso.go.th	ภญ.สมฤทัย สุพรรณกุล โทรศัพท์ : 02-141-4297, 085-487-5037 โทรสาร : 02-1439754 E-mail : somruethai.s@nhso.go.th
	ส่วนประกอบของเลือด (Factor VIII) สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) นพ.จักรกริช ใจศิริ โทรศัพท์ : 02-1415040, 084-874-8867 E-mail : Jakkrit.n@nhso.go.th	การบริหารจัดการ นายหทัยวุฒิ ลำเทียน โทรศัพท์ 02-141-4145, 081-899-7381 E-mail : hathaiwut.I@nhso.go.th
		การขอรับเงินชดเชยค่าบริการ นางเบญจมาศ เลิศชาคร โทรศัพท์ 02-141-4069 E-mail : benjamas.I@nhso.go.th
Stroke fast track และ ASTEMI fast track	นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 02-141-5033 E-mail: panthep.k@nhso.go.th	โปรแกรมบันทึกข้อมูลในระบบ DMIS นายจิโรจน์ นาคไพจิตร โทรศัพท์ 02-141-4083 , 084-387-8046 E-mail : chirod.n@nhso.go.th
		นางสาวณมล สิริคุณาลัย โทรศัพท์ 02-141-4273 E-mail: naruomon.s@nhso.go.th
		นางเบญจมาศ เลิศชาคร โทรศัพท์ 02-141-4069 E-mail: benjamas.I@nhso.go.th
สารเมทาโดน (Methadone)	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	นายทรงกรด เกษกาญจนานุษ โทรศัพท์ 0 2141 4266 E-mail address: songkrod.k@nhso.go.th
		นางกฤษฎา โกสสินเดช โทรศัพท์ 02-141-4096 โทรสาร 02-143-9738 Email address : Kisana.K@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
ยารักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วย เอช ไอ วี	ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ โทรศัพท์ 02-141-5725 โทรสาร 02-143-9735 Email : Atthaporn.l@nhso.go.th	นางบรรจง จำปา โทรศัพท์ 02-141-4066 โทรสาร 02-143-9749 Email : bunjong.c@nhso.go.th
ยา CL, ยา จ.(2), ยาแก้ปวด	ผู้บริหารระบบในภาพรวม ภญ.ปนัดดา ลีสถาพรวงศ์ โทรศัพท์ : 02-141-4198, 084-700-1664 E-mail : panadda.l@nhso.go.th	ภญ.สมฤทัย สุพรรณกุล โทรศัพท์ : 02-141-4297, 085-487-5037 โทรสาร : 02-143-9754 E-mail: somruethai.s@nhso.go.th เภสัชกรหญิงวรรณภา ไกรโรจนานันท์ โทรศัพท์ : 02-141-4197, 084-387-8045 โทรสาร : 02-143-9754 E-mail : wannapa.k@nhso.go.th
วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ตามแผนการสร้างเสริมฯ ของ สธ.		เภสัชกรหญิงวรรณภา ไกรโรจนานันท์ โทรศัพท์ : 02-1414197, 084-3878045 โทรสาร : 02-1439754 E-mail : wannapa.k@nhso.go.th
วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่		เภสัชกรหญิงวรรณภา ไกรโรจนานันท์ โทรศัพท์ : 02-141-4197, 084-387-8045 โทรสาร : 02-143-9754 E-mail : wannapa.k@nhso.go.th นางสาวจาวีรัตน์ รัตนยศ เบอร์โทรศัพท์ : 02-141-4274, 084-438-1824 เบอร์โทรสาร : 02-143-9730-31 E-mail: jarawee.r@nhso.go.th
4.2 บริการกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ โทรศัพท์ 02-141-5025 โทรสาร 02-1439749 Email : Atthaporn.l@nhso.go.th	นางบรรจง จำปา โทรศัพท์ 02-141-4066 โทรสาร 02-1439749 E-mail : bunjong.c@nhso.go.th นางอรนุช ชันทะวงศ์ โทรศัพท์ 02-141-4068 โทรสาร 02-1439749 E-mail: Oranuch.k@nhso.go.th
4.3 บริการโรคเฉพาะ (Disease management)	ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 02-141-5033 E-mail: panthep.k@nhso.go.th ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 02-141-5033	นางศิริขวัญ ถิ่นทิพย์ โทรศัพท์ 02-141-4324 E-mail : sirikwan.t@nhso.go.th นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล E-mail: panthep.k@nhso.go.th โทรศัพท์ 02-141-4122 E-mail: nonglak.b@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
		นางเบญจมาศ เลิศชาคร โทรศัพท์ ๐๒-๑๔๑-๔๐๖๙ E-Mail: benjamas.l@nhso.go.th E-claim Helpdesk โทรศัพท์ 02-141-4229-30
	ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก นพ.จักรกริช ใจศิริ ผู้จัดการกองทุนบริหารจัดการ โรคเรื้อรัง โทรศัพท์ 0-1 141-5040 E-mail: jakkrit.n@nhso.go.th	ด้านบริหารจัดการโครงการ นางระนอง สุขเกษม โทรศัพท์ 0-2 141-4148 E-mail ranong.s@nhso.go.th ด้านการจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดต้อกระจก นางอรนุช ชันทะวงศ์ โทรศัพท์ 02-141-4078 E-mail: oranuch.k@nhso.go.th
	ผู้ป่วยโรคนี้ระบบทางเดินปัสสาวะ นายแพทย์กิตติ ปรมัตถผล โทรศัพท์ 02-141-5041 E-mail: Kitti.p@nhso.go.th	นางสาวณัฐรัตน์ ดีเจริญ โทรศัพท์ 02-141-4131 E-mail : nattharat.d@nhso.go.th
		นางเบญจมาศ เลิศชาคร โทรศัพท์ 02-141-4069 E-mail : benjamas.l@nhso.go.th
	การดูแลแบบประคับประคอง นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 02-141-5033 E-mail: panthep.k@nhso.go.th	นางสาวนฤมล อรรถกุล โทรศัพท์ 02-141-4125 E-mail: narumol.a@nhso.go.th
		นางกฤษณา โกสสินเดช โทรศัพท์ 0 2141 4096 E-mail : kisana.k@nhso.go.th
	การปลูกถ่ายกระดูกโดยเซลล์ ต้นกำเนิด นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 0 2141 5033 E-mail: panthep.k@nhso.go.th	นางอรวรรณ ไชยวรรณ โทรศัพท์ 0 2141 4115 E-mail : orawan.w@nhso.go.th
5. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	นายแพทย์กฤษ ลิ้มถองอิน โทรศัพท์ 02-141-5066 E-mail : Grit.l@nhso.go.th	จัดสรรและกำกับ ติดตามการเบิกจ่ายงบ P&P นางบำรุง ชะลอเดช โทรศัพท์:02-141-4188 มือถือ 084-439-0137 E-mail: Bumrung.c @nhso.go.th
	ช่วยบริหารจัดการกองทุน P&P ภาพรวม นางจุฬาดา สุขุมาลวรรณ โทรศัพท์ 02-141-5014 E-mail : Chulada.s@nhso.go.th	นางสาวพรพจนารถ ชะชาตย์ โทรศัพท์: 0-2141-4299 มือถือ 089-019-7513 E-mail: Pornpodjanad.k @nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
	กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน P&P ในส่วนกลาง และพื้นที่	นส.กฤษณา จงสงเสริม โทรศัพท์ : 0-8475-1162-7 E-mail : Kritsana.j@nhso.go.th
		นส.จารวี รัตนยศ โทรศัพท์ : 0-2141-4274 มือถือ 0-84-438-1824 E-mail: Jarawee.r@nhso.go.th
	พัฒนา และออกแบบการจัดสรรเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและจัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการกองทุน P&P บริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ภาพรวม กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	นางกาญจนา ศรีชมภู โทรศัพท์: 02-141-4205 มือถือ 0-8996-9648-2 E-mail: Kanchana.s@nhso.go.th
		นางอรจิตต์ บำรุงสวัสดิ์ โทรศัพท์: 02-141-5051 มือถือ 0-84-751-0943 E-mail: Orajitt.b@nhso.go.th
		นางกฤดาณาลี เพ็ญภาค โทรศัพท์: 02-141-4213 มือถือ 0-8992-1133-0 E-mail: kriddanchalee.p@nhso.go.th
		นายปริญญา ระลึก โทรศัพท์: 02-141-4055 มือถือ 0-9019-7512-3 E-mail: parinya.r@nhso.go.th
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-141-5051, 084-751-0943 E-mail address:orajitt.b@nhso.go.th	นางอัจฉรา จรัสสิงห์ โทรศัพท์: 02-141-4210, 084-387-8044 E-mail: achara.c@nhso.go.th
		นางสาวรัตนา เลี้ยวสกุล โทรศัพท์ 02-141-4218, 084-439-0138 E-mail : rattana.l@nhso.go.th
		ดูแลระบบข้อมูล นายบุญฤทธิ์ ผู้เรียนศิลป์ โทรศัพท์ 086-5734800 E-mail: boonyarit.p@nhso.go.th IT Help desk โทรศัพท์ 02-141-4200
7. บริการแพทย์แผนไทย	นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน โทรศัพท์ 02-141-5066 E-mail : Grit.l@nhso.go.th	นางจุฬาดา สุขุมาลัยวรรณิ์ โทรศัพท์ 084-4390097 E-mail: Chulada.s@nhso.go.th
		นางสุพรรณ มาสุข โทรศัพท์ 02-141-4062 E-mail: Suwaporn.m@nhso.go.th
8. ค่าเสื่อม	นายแพทย์การุณย์ คุณดิรานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	นางปวีณา ทองอินทร์ โทรศัพท์ 02-141-5033 E-mail : paweenat.t@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	นพ.ปานเทพ คณานุรักษ์ โทรศัพท์ 02-141-5033 E-mail : panthep.k@nhso.go.th	นางปิยพร ปิยะจันทร์ โทรศัพท์ 02-141-4118 E-mail : piyaporn.p@nhso.go.th
	นางกาญจนา ศิริโกมล โทรศัพท์ 02-141-5034 E-mail : kanjana.s@nhso.go.th	นางอรรณณ ไชยวรรณ โทรศัพท์ 02-141-4115 E-mail : Orwan.w@nhso.go.th
		นางวรรณณา เขียดประพาล โทรศัพท์ 02-141-4116 E-mail : Wanna.e@nhso.go.th
		นางภัทรา อเนกวิทยากิจ โทรศัพท์ 02-141-4153 E-mail : pattra.a@nhso.go.th
		ดร.ภญ. ดวงทิพย์ หงส์สมุทร โทรศัพท์ 02-141-15019 E-mail : duangtip.h@nhso.go.th
		นางสาวสมฤทัย สุพรรณกุล โทรศัพท์ 02-141-4297 E-mail : somruethai.s@nhso.go.th
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ		นายศุภมล ศรีสุขวัฒนา โทรศัพท์ 02-141-5012 E-mail : soomol.s@nhso.go.th
		นางสลินลา สิงห์พันธุ์ โทรศัพท์ 02-141-4046 E-mail : salinla.s@nhso.go.th
11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้บริหารระบบในภาพรวม นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	นายธวัชชัย เรืองโรจน์ โทรศัพท์ 02-141-4173 E-mail : tawatchai.r@nhso.go.
		นางสาวพิมพ์วิสา ศรีเมือง โทรศัพท์ 02-141-4228 E-mail : pimvasa.s@nhso.go.th
12. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ โทรศัพท์ 02-141-5028 E-mail : karoon.k@nhso.go.th	นายธวัชชัย เรืองโรจน์ โทรศัพท์ 02-141-4173 E-mail : tawatchai.r@nhso.go.th
		นางสาวเกศสุดา มีชัย โทรศัพท์ 02-141-4165 E-mail address : ketsuda.m@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
		นายวัชรินทร์ กือเย็น โทรศัพท์ 02-141-4226 E-mail : watcharin.k@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	นายแพทย์ สรภักดิ์ ภาคิษฐ์ โทรศัพท์ 02-141-5049 Email : sorakij.b@nhso.go.th	ด้านขอเชยบริการงานเอดส์ และการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ นางสาวเรขวรรณ เรชะคนะกุล โทรศัพท์ 02- 141 4194 Email : rekawan.r @nhso.go.th
		ด้านยาต้านไวรัสเอดส์ และยารักษาวัณโรค นายยุทธพงษ์ เจริญสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02- 141 4199 Email : yuthapong.c @nhso.go.th
		ด้านขอเชยบริการงานวัณโรค และสิทธิ ประโยชน์งานวัณโรค นางสาวจิตติญา ลัดดกกลม โทรศัพท์ 02- 141 4195 Email : jittiya.l @nhso.go.th
		ด้านโปรแกรมงานเอดส์ และวัณโรค นายอาทิตย์ ผู้ส่าง โทรศัพท์ 02- 141 4202 Email : artit.p @nhso.go.th
บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	นายแพทย์ กิตติ ประมัตผล โทรศัพท์ : 02-141-4000 E-mail: Kittip.p@nhso.go.th งานผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ปฏุกถ่ายดับ งานบริหารจัดการน้ำยา CAPD ยา และเวชภัณฑ์ งาน CKD clinic งานข้อมูลสารสนเทศ	นางศิริพร สินธน์ โทรศัพท์ 02-141-5042 E-mail : siriporn.s@nhso.go.th
		นายปราโมทย์ แย้มพร้อม โทรศัพท์ : 02-141-4143, 081-9060260 E-mail : pramoat .y@ nhso.go.th
		นางกัญจนา รัตนะ โทรศัพท์ : 02-141-4147 E-mail : kanchana.r@ nhso.go.th
		น.ส.อวิสดา ช้างเพชร โทรศัพท์ : 02-141-41345 E-mail : awasda.c@ nhso.go.th
		นางสาวณัฐรัตน์ ดีเจริญ โทรศัพท์ : 02-141-4150 E-mail: nattharat.d@ nhso.go.th
	งาน CAPD HD	
	งาน KT นิวในระบบทางเดินปัสสาวะ	
	งานขอเชยค่าบริการ	นางภิญญาดา กุลสันต์ โทรศัพท์ : 02 141-4146 E-mail : pinyada.k@ nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้บริหารระบบภาพรวม	ผู้ประสานงาน
บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	ผู้จัดการกองทุน นายแพทย์จักรกริช ใจวัศศิริ โทรศัพท์ : 02-141-5040 E-mail : Jakkrit.N@nhso.go.th	นางหทัยทิพย์ เพ็งจันทร์ โทรศัพท์ : 02-141-4144 E-mail: hataitipy.p@nhso.go.th
		นางสิริกร ชุนศรี โทรศัพท์ : 02-141-4211 E-mail : Sirikorn.k@nhso.go.th
		นางสาวน้องนุช บ่อคำ โทรศัพท์ : 02-141-4344 E-mail : nongnuch.b@nhso.go.th
		นางอรทัย สุวรรณรักษ์ โทรศัพท์ : 02-141-4151 E-mail: orathai.s@nhso.go.th



ภาคผนวก 8

รายชื่อผู้ประสานงาน
การบริหารจัดการกองทุน
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

ภาคผนวก 8

รายชื่อผู้ประสานงานการบริหารจัดการกองทุน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางณปภัช โชติบุญฐิตสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นางณปภัช โชติบุญฐิตสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางณปภัช โชติบุญฐิตสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ และบริการปฐมภูมิ	นางสาวจินตนา สันถวนมัตต์ โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : jintana.s@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางสาวเบญจพรณ เสนป่าห่มัน โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : benjapun.s@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการ ที่มีต้นทุนคงที่สูง	นางณปภัช โชติบุญฐิตสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : Napapat.s@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางสาวเบญจพรณ เสนป่าห่มัน โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : benjapun.s@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางสาวเบญจพรณ เสนป่าห่มัน โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : benjapun.s@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางนเรณูช แซนซ์ชาวล โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : nareenuch.c@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีอาการขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นายประธาน พงษ์ปา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : pratan.p@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นางสาวจินตนา สันถนอมต์ โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : jintana.s@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นายศตกร อนุสนธิ์ โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : satakorn.t@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นายศตกร อนุสนธิ์ โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : satakorn.t@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางนรีนุช แสนชัชวาล โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : nareenuch.c@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นายศตกร อนุสนธิ์ โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : satakorn.t@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางกรรช พิมสาร โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : korrakoch.p@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางสาวสิริพร เว้าะปะห์ โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : siriporn.w@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นายขจรศักดิ์ เกษมกิตติธนากุล โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : kajohnsak.k@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประติษฐ์	นาย ขจรศักดิ์ เกษมกิตติธนากุล โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : kajohnsak.k@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นายสุคนธ์วิชัย นิทานนท์ โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : sukonwit.n@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางกรรช พิมสาร โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร 053-285-364 Email : korrakoch.pl@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางณปภัช โชติบุญฐิตา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางนรีนุช แสนชัชวาล โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : nareenuch.c@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางสาวเครือออน มานิตยกุล โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : khruaon.m@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ หน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	นางณปภัช โชติบุญริฐสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางณปภัช โชติบุญริฐสา โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 Email : napapat.s@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาวสิริพร เว้าะบ๊ะห์ โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร. 053-285-364 Email : siriporn.w@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสาวสิริพร เว้าะบ๊ะห์ โทรศัพท์ 053-285-355 โทรสาร. 053-285-364 Email : siriporn.w@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางสาวประทิน อิ่มสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177 , 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายสุทธิดีศักดิ์ เปรมเกิด โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5174 , 090-1975166 โทรสาร 0-5524-7111 Email : suthisuk.p@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นายวุฒิชัย ปุรณมณีวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5179 , 090-1975164 โทรสาร 0-5524-7111 Email : wuttichai.p@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ และบริการปฐมภูมิ	นายโอฬาร รัตมี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5163 , 090-1975160 โทรสาร 0-5524-7111 Email : olarn.r@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นายวุฒิชัย ปุรณมณีวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5179 , 090-197 5164 โทรสาร 0-5524-7111 Email : wuttichai.p@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการ ที่มีต้นทุนคงที่สูง	นางสาวประทิน อิ่มสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นายวุฒิชัย ปุณณมณีวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5179, 090-1975164 โทรสาร 0-5524-7111 Email : wuttichai.p@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นายวุฒิชัย ปุณณมณีวิวัฒน์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5179, 090-1975164 โทรสาร 0-5524-7111 Email : wuttichai.p@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางนพวรรณ ไพบูลย์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5172, 090-1975161 โทรสาร 0-5524-7111 Email : nopavan.p@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตัน ของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่มีอาการขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางนพวรรณ ไพบูลย์ (STROKE) โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5172 ,090-1975161 โทรสาร 0-5524-7111 Email : nopavan.p@nhso.go.th นายกนิษฐ์ สังข์สุวรรณ (STEMI) โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5157, 084-439-0113 Email : kanit.s@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการ เฉพาะโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ	นางสาวประทีน อิมสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 mail : pratin.e@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางกษมา ทองแบบ (โรคหืด) โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5161, 090-1975165 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kasama.t@nhso.go.th นายกนิษฐ์ สังข์สุวรรณ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5157, 084-4390113 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kanit.s@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	นายธนะเทพ มีบุญ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5159, 090-1975167 โทรสาร 0-5524-7111 Email : tanathep.m@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางนพวรรณ ไพบูลย์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5172, 090-1975161 โทรสาร 0-5524-7111 Email : nopavan.p@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นายโอฬาร รัตมี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5163, 090-1975160 โทรสาร 0-5524-7111 Email : olarn.r@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวันโรค	นางเปรมฤดี รักพันธุ์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5160, 090-1975162 โทรสาร 0-5524-7111

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการ	นางกษมา ทองแบบ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5161, 090-1975165 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kasama.t@nhso.go.th
บริหารจัดการวัคซีน	นางกษมา ทองแบบ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5161, 090-1975165 โทรสาร 0-5524-7111 Email :kasama.t@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นางอัญชลี พ้าอานวยผล โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5173, 090-1975159 โทรสาร 0-5524-7111 Email : aunchalee.f@nhso.go.th
การบริหารจัดการกองทุนตำบล	นางสาวกาญจนา แสงรัตน์ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5156, 084-4390112 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kanjana.sa@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประติษฐ์	นางสาวประทีน อิมสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นายรุ่งโรจน์ เจริญชัย โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5158, 090-1975163 โทรสาร 0-5524-7111 Email : rungroj.j@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นายรุ่งโรจน์ เจริญชัย โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5158, 090-1975163 โทรสาร 0-5524-7111 Email : rungroj.j@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางสาวประทีน อิมสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นายกนิษฐ์ สังข์สุวรรณ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5157, 084-4390113 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kanit.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นายรุ่งโรจน์ เจริญชัย โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5158, 090-1975163 โทรสาร 0-5524-7111 Email : rungroj.j@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางสาวประทีน อิมสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางสาวประทีน อิมสุขศรี โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5177, 084-4390114 โทรสาร 0-5524-7111 Email : pratin.e@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางกษมา ทองแบบ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5161, 090-1975165 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kasama.t@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางกษมา ทองแบบ โทรศัพท์ 0-5524-5111 ต่อ 5161, 090-1975165 โทรสาร 0-5524-7111 Email : kasama.t@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางแจ่มจันทร์ เหลืองวิเศษเจริญ โทรศัพท์ 084-4390142 โทรสาร 0-5637-1838 Email : chamchan.l@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายสมพงษ์ บรรณวัฒน์ โทรศัพท์ 090-1975171 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sompong.b@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางสุชาร์ตน์ หมายเจริญ โทรศัพท์ 085-7272785 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sucharat.m@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ	นายบัญชา คุ้มคุณ โทรศัพท์ 084-3796665 โทรสาร 0-5637-1838 Email : bancha.k@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางสุชาร์ตน์ หมายเจริญ โทรศัพท์ 085-7272785 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sucharat.m@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายสมเกียรติ ปาณะวัฒนพิสูลย์ โทรศัพท์ 084-4390139 โทรสาร 0-5637-1838 Email : somkeiat.p@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางสุชาร์ตน์ หมายเจริญ โทรศัพท์ 085-7272785 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sucharat.m@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางสุชาร์ตน์ หมายเจริญ โทรศัพท์ 085-7272785 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sucharat.m@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางนิภาภัทร คงโต โทรศัพท์ 090-1975173 โทรสาร 0-5637-1838 Email : nipapat.k@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นายคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ โทรศัพท์ 084-4390141 โทรสาร 0-5637-1838 Email : kanitsak.c@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในวิทางเดินปัสสาวะ	นางนิภาภัทร คงโต โทรศัพท์ 090-1975173 โทรสาร 0-5637-1838 Email : nipapat.k@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นายคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ โทรศัพท์ 084-4390141 โทรสาร 0-5637-1838 Email : kanitsak.c@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นายสรราชัย สุขประสงค์ โทรศัพท์ 085-4875034 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sarachai.s@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางนิภาภัทร คงโต โทรศัพท์ 090-1975173 โทรสาร 0-5637-1838 Email : nipapat.k@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางนิภาภัทร คงโต โทรศัพท์ 090-1975173 โทรสาร 0-5637-1838 Email : nipapat.k@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางแจ่มจันทร์ เหลืองวิเศษเจริญ โทรศัพท์ 084-4390142 0-5637-1838 Email : chamchan.l@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นายสรราชัย สุขประสงค์ โทรศัพท์ 085-4875034 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sarachai.s@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นางกัญพัชร บุรณางกูร โทรศัพท์ 089-9590550 โทรสาร 0-5637-1838 Email : kanyapat.b@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นางกัญพัชร บุรณางกูร โทรศัพท์ 089-9590550 โทรสาร 0-5637-1838 Email : kanyapat.b@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวภารดี ลลิตกิตติกุล โทรศัพท์ 090-1975176 โทรสาร 0-5637-1838 Email : bharadee.l@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นายบัญชา คุ้มคุณ โทรศัพท์ 084-3796665 โทรสาร 0-5637-1838 Email : bancha.k@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นายสมเกียรติ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์ โทรศัพท์ 084-4390139 โทรสาร 0-5637-1838 Email : somkeiat.p@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นายคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ โทรศัพท์ 084-4390141 โทรสาร 0-5637-1838 Email : kanitsak.c@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ	นางสาวอัจฉรา จิกิตศิลป์ โทรศัพท์ 090-1975175 โทรสาร 0-5637-1838 Email : autchra.c@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
15. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ	นางดรุณี เลิศปรีชา โทรศัพท์ 084-4390158 โทรสาร 0-5637-1838 Email : darunee.l@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางแจ่มจันทร์ เหลืองวิเศษเจริญ โทรศัพท์ 084-4390142 โทรสาร 0-5637-1838 Email : chamchan.l@nhso.go.th
17. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางแจ่มจันทร์ เหลืองวิเศษเจริญ โทรศัพท์ 084-4390142 โทรสาร 0-5637-1838 Email : chamchan.l@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นายสรราชัย สุขประสงค์ โทรศัพท์ 085-4875034 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sarachai.s@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นายสรราชัย สุขประสงค์ โทรศัพท์ 085-4875034 โทรสาร 0-5637-1838 Email : sarachai.s@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายอุดมศักดิ์ บุญอร่ามพงษ์ โทรศัพท์ 090-1975180 โทรสาร 0-3621-3263 Email : udomsak.b@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายธนพล มีอุดร โทรศัพท์ 081-8820814 โทรสาร 0-3621-3263 Email : tanapon.m@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางสาวโชติกา ชูพงษ์เสริฐ โทรศัพท์ 090-1975182, โทรสาร 0-3621-3263 Email : chotika.c@nhso.go.th นายธนพล มีอุดร โทรศัพท์ 081-8820814 โทรสาร 0-3621-3263 Email : tanapon.m@nhso.go.th
1.4 คำนับสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ	นายจักรินทร์ ส่องวงษ์ โทรศัพท์ 084-4390119 โทรสาร 0-3621-3263 Email : chackkarin.k@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางสาวณฐา ศรีหิณทอง โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5252 โทรสาร 0-3621-3263 Email : Natha.s@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายอุดมศักดิ์ บุญอร่ามพงษ์ โทรศัพท์ 090-1975180 โทรสาร 0-3621-3263 Email : udomsak.b@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางสาวณฐา ศรีหินกอง โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5252 โทรสาร 0-3621-3263 Email : Natha.s@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางสาวณฐา ศรีหินกอง โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5252 โทรสาร 0-3621-3263 Email : Natha.s@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางสุวรรณณี ศรีปราชญ์ โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5262 โทรสาร 0-3621-3263 Email : suwannee.s@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางสร้อยทอง ย้อยดี โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5265 โทรสาร 0-3621-3263 Email : soithong.y@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ	นางสุวรรณณี ศรีปราชญ์ โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5262 โทรสาร 0-3621-3205 Email : suwannee.s@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสร้อยทอง ย้อยดี โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5265 โทรสาร 036-213263 Email address: Soithong.y@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ภญ.โชติกา ชูพงษ์เสริฐ และนางสร้อยทอง ย้อยดี โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5265 โทรสาร 0-3621-3205 Email : chotika.c@nhso.go.th , soithong.y@nhso.go.th,
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางสุวรรณณี ศรีปราชญ์ โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5262 โทรสาร 0-3621-3205 Email : suwannee.s@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระเพาะปัสสาวะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวกรรณก น้อยคำภา และนางสุวรรณณี ศรีปราชญ์ โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5262 โทรสาร 0-3621-3205 Email : kornkanok.n@nhso.go.th, suwannee.s@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	จำเริญกัญจกัฏฐพร โล่ห์เงิน . โทรศัพท์ 09-0197-5181 โทรสาร 0-3621-3205 Email : patraporn.l@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	ภญ.โชติกา ชูพงษ์เสริฐ โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5260 โทรสาร 0-3621-3205 Email : chotika.c@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นายจักรินทร์ ช้องวงษ์, นายมนตรี ผาทอง, นางสาวศรีสอางค์ บุญพระ โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5266 โทรสาร 0-3621-3205 Email : montri.p@nhso.go.th, chackkarin.k@nhso.go.th, srisaang.b@nhso.go.th,
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	จำเริญกัญญาพร โล่ห์เงิน โทรศัพท์ 09-0197-5181 โทรสาร 0-3621-3205 Email : patraporn.l@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นายธวัช เหลี่ยมสมบัติ โทรศัพท์ 085-4875032 โทรสาร 0-3621-3205 Email : thawat.l@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางสาวเมลดดา ธนะสุริติ โทรศัพท์ 090-1975184 โทรสาร 0-3621-3205 Email : maylada.t@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางศรีสอางค์ บุญพระ โทรศัพท์ 081-7729722 โทรสาร 0-3621-3205 Email : srisaang.b@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสร้อยทอง ย้อยดี โทรศัพท์ 036-213205 ต่อ 5265 โทรสาร 0-3621-3205 Email : Soithong.y@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางยงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์ โทรศัพท์ 090-1975178 โทรสาร 0-3621-3205 Email : yongyuth.e@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายอุดมศักดิ์ บุญอร่ามพงษ์ โทรศัพท์ 090-1975180 โทรสาร 0-3621-3205 Email : udomsak.b@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายอุดมศักดิ์ บุญอร่ามพงษ์ โทรศัพท์ 090-1975180 โทรสาร 0-3621-3205 Email : udomsak.b@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	ภญ.โชติกา ชูพงษ์เสริฐ โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5260 โทรสาร 0-3621-3205 Email : chotika.c@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสร้อยทอง ย้อยดี โทรศัพท์ 0-3621-3205 ต่อ 5265 โทรสาร 0-3621-3205 Email : soithong.y@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ / การกัน-เกลี่ยระดับจังหวัด	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายบุญธรรม โฉนนท์ โทรศัพท์ 084-4390117 โทรสาร 0-3233-2593 Email : boontham.l @nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางภาวนา พันแสน โทรศัพท์ 090-197-5191 โทรสาร 0-3233-2593 Email : pawana.p@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ และบริการปฐมภูมิ / กองทุนโรคเรื้อรัง	นางจินตนา แว่วสวัสดิ์ โทรศัพท์ 081-4878763 โทรสาร 0-3233-2593 Email : jintana.w@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป/ระบบส่งต่อ	นางปรางวไล เหล่าชัย โทรศัพท์ 090-1975192 โทรสาร 0-3233-2593 Email : prangwalai.l@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ 3 กองทุน	นางภาวนา พันแสน โทรศัพท์ 090-197-5191 โทรสาร 0-3233-2593 Email : pawana.p@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางภาวนา พันแสน โทรศัพท์ 090-197-5191 โทรสาร 0-3233-2593 Email : pawana.p@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางวิภาวี ดันอนุกุล โทรศัพท์ 081-8588955 โทรสาร 0-3233-2593 Email : wipawee.t@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง และโรคหัวใจทางเดินปัสสาวะ	นางวิภาวี ดันอนุกุล โทรศัพท์ 081-8588955 โทรสาร 0-3233-2593 Email : wipawee.t@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางวิภาวี ตันอนุกุล โทรศัพท์ 081-8588955 โทรสาร 0-3233-2593 Email : wipawee.t@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางวิภาวี ตันอนุกุล โทรศัพท์ 081-8588955 โทรสาร 0-3233-2593 Email : wipawee.t@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยเอดส์และวัณโรค	นางสุกัญญา วงศ์ศิริ โทรศัพท์ 086-1739907 โทรสาร 0-3233-2593 Email : sukunya.w@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง/การบริหารวัคซีน	นางปรางวไล เหล่าชัย โทรศัพท์ 090-1975192 โทรสาร 0-3233-2593 Email : prangwalai.l@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/กลุ่มอาชีวอนามัย/วัคซีนใช้หัตถ์ใหญ่	นางชัชติกา แม่ประสาธ โทรศัพท์ 090-1975193 โทรสาร 0-3233-2593 Email : chattika.m@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นางปรางวไล เหล่าชัย โทรศัพท์ 090-1975192 โทรสาร 0-3233-2593 Email : prangwalai.l@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์/งานภาคีสุขภาพ/กองทุน อบจ.	นางจิตทิพย์ สอนดี โทรศัพท์ 081-7548929 โทรสาร 0-3233-2593 Email : jaithip.s@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย/งานลงทะเบียนสิทธิ/ระบบ IT เซต	นายสมหวัง ทรัพย์อนันต์ โทรศัพท์ 089-9166941 โทรสาร 0-3233-2593 Email : somwang.s@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม/กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นฯ	นายธีรสิทธิ์ สุขเจริญ โทรศัพท์ 084-7512474 โทรสาร 0-3233-2593 Email : teerasit.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ/คลินิกพิเศษต่างๆ /งบค่าเสื่อมตติยภูมิ	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางจันทนา พิณทิพย์ โทรศัพท์ 084-7512554 โทรสาร 0-3233-2593 Email : juntana.p@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางดาบทิพย์ คงข้า โทรศัพท์ 084-4390118 โทรสาร 0-3233-2593 Email : tabtip.k @nhso.go.th
17. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	นางกิริยา ลาภเจริญวงศ์ โทรศัพท์ 084-4390143 โทรสาร 0-3233-2593 Email : kiriya.l@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางปรางวไล เหล่าชัย โทรศัพท์ 090-1975192 โทรสาร 0-3233-2593 Email : prangwalai.l@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางปรางวไล เหล่าชัย โทรศัพท์ 090-1975192 โทรสาร 0-3233-2593 Email : prangwalai.l@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายตรารักษ์ นาคดีลก โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 081-1704083 โทรสาร 0-3886-4320 Email : trarus.n@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายสุริยัน สกุลศิริไพบูลย์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975200 โทรสาร 0-3886-4320 Email : suriyan.s@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางพิทยา สิงห์โตทอง โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-7512763 โทรสาร 0-3886-4320 Email : pittaya.s@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริหารปฐมภูมิ	นายทวิสิทธิ์ สมัครสมาน โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 085-2128788 โทรสาร 0-3886-4320 Email : thaweesit.s@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางพิทยา สิงห์โตทอง โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-7512763 โทรสาร 0-3886-4320 Email : pittaya.s@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายตรารักษ์ นาคดีลก โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 081-1704083 โทรสาร 0-3886-4320 Email : trarus.n@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางพิทยา สิงห์โตทอง โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-7512763 โทรสาร 0-3886-4320 Email : pittaya.s@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางพิทยา สิงห์โตทอง โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-7512763 โทรสาร 0-3886-4320

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายไม่พื้เสีย (Hemophilia)	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975198 โทรสาร 0-3886-4320 Email : uraiwan.h@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางสาวศรिता ศรีมะเร็ง โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975284 โทรสาร 0-3886-4320 Email : sarita.s@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975198 โทรสาร 0-3886-4320 Email : uraiwan.h@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเนาพันธุ์ โทรศัพท์ 038-864313-19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเนาพันธุ์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาก้อนเนื้อมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975198 โทรสาร 0-3886-4320 Email : uraiwan.h@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975198 โทรสาร 0-3886-4320 Email : uraiwan.h@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975198 โทรสาร 0-3886-4320 Email : uraiwan.h@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางสาวรุ่งเรืองรอง สืบมงคลชัย โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 087-1778818 โทรสาร 0-3886-4320 Email:rungruangrong.s@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นายสุรพล เอกวณิชกุลพร โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975199 โทรสาร 0-3886-4320 Email : surapol.a@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นายตรารัตน์ นาคติกล โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 081-1704083 โทรสาร 0-3886-4320 Email : trarus.n@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวรฐาศิริ ศิริคช โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975201 โทรสาร 0-3886-4320 Email : radasiri.s@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเภาพันธุ์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นายทวีสิทธิ์ สมัครสมาน โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 085-2128788 โทรสาร 0-3886-4320 Email : thaweedit.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเภาพันธุ์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางสาวรฐาศิริ ศิริคช โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 090-1975201 โทรสาร 0-3886-4320 Email : radasiri.s@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายตรารัตน์ นาคติกล โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 081-1704083 โทรสาร 0-3886-4320 Email : trarus.n@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายตรารัตน์ นาคติกล โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 081-1704083 โทรสาร 0-3886-4320 Email : trarus.n@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเภาพันธุ์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสาวอุดมลักษณ์ สำเภาพันธุ์ โทรศัพท์ 0-3886-4313 ถึง 19, 084-4390116 โทรสาร 0-3886-4320 Email : udomlak.s@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายวีระศักดิ์ ชนะมาร โทรศัพท์ 090-1975204 โทรสาร 0-4336-5111 Email : weerasak.c@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายเกรียงศักดิ์ แก้วไสย โทรศัพท์ 084-7001663 โทรสาร 0-4336-5111 Email : kriengsak.k@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางนาฏญา สังข์วัฒน์ โทรศัพท์ 090-1975210 โทรสาร 0-4336-5111 Email : nataya.s@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ และบริการปฐมภูมิ	นายณรงค์ อาสายุทธ โทรศัพท์ 084-7001643 โทรสาร 0-4336-5111 Email : narong.a@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางนาฏญา สังข์วัฒน์ โทรศัพท์ 090-1975210 โทรสาร 0-4336-5111 Email : nataya.s@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการ ที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายวีระศักดิ์ ชนะมาร โทรศัพท์ 090-1975204 โทรสาร 0-4336-5111 Email : weerasak.c@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางนาฏญา สังข์วัฒน์ โทรศัพท์ 090-1975210 โทรสาร 0-4336-5111 Email : nataya.s@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางนาฏญา สังข์วัฒน์ โทรศัพท์ 090-1975210 โทรสาร 0-4336-5111 Email : nataya.s@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางสายใจ สายปัญญา โทรศัพท์ 090-1975206 โทรสาร 0-4336-5111 Email : saijai.s@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตัน ของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นส.สิทธิพร จันโทภาส โทรศัพท์ 090-1975205 โทรสาร 0-4336-5111 Email : sithiporn.c @nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการ เฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นส.สิทธิพร จันโทภาส โทรศัพท์ 090-1975205 โทรสาร 0-4336-5111 Email : sithiporn.c @nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสายใจ สายปัญญา โทรศัพท์ 090-1975206 โทรสาร 0-4336-5111 Email : saijai.s@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	นางสายใจ สายปัญญา โทรศัพท์ 090-1975206 โทรสาร 0-4336-5111 Email : saijai.s@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นส.สิทธิพร จันโทภาส โทรศัพท์ 090-1975205 โทรสาร 0-4336-5111 Email : sithiporn.c @nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสายใจ สายปัญญา โทรศัพท์ 090-1975206 โทรสาร 0-4336-5111 Email : saijai.s@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นายปรเมศร์ เพ็งสว่าง โทรศัพท์ 090-1975209 โทรสาร 0-4336-5111 Email : poramate.p@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	ภญ.ญาคินี ตั้งวงษ์ โทรศัพท์ 090-1975202. โทรสาร 0-4336-5111 Email : yasinee.t@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นส.รักจุฬา ตั้งตระกูล โทรศัพท์ 090-1975203 โทรสาร 0-4336-5111 Email : rugchula.t@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นายวีระศักดิ์ ชนะมาร โทรศัพท์ 090-1975204 โทรสาร 0-4336-5111 Email : weerasak.c@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นายดุสิต ศรีโคตร โทรศัพท์ 084-7001667 โทรสาร 0-4336-5111 Email : dusit.s@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นายปรเมศร์ เพ็งสว่าง โทรศัพท์ 090-1975209 โทรสาร 0-4336-5111 Email : poramate.p@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางนาฏญา สังข์วัฒนีย์ โทรศัพท์ 090-1975210 โทรสาร 0-4336-5111 Email : nataya.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสายใจ สายปัญญา โทรศัพท์ 090-1975206 โทรสาร 0-4336-5111 Email : saijai.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางวิไลวรรณ พันธไชย โทรศัพท์ 084-7001642 โทรสาร 0-4336-5111 Email : wilaiwan.p@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายวีระศักดิ์ ชนะมาร โทรศัพท์ 090-1975204 โทรสาร 0-4336-5111 Email : weerasak.c@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายวีระศักดิ์ ชนะมาร โทรศัพท์ 090-1975204 โทรสาร 0-4336-5111 Email : weerasak.c@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	ภญ.ญาคินี ตั้งวงษ์ โทรศัพท์ 090-1975202 โทรสาร 0-4336-5111 Email : yasinee.t@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	ภญ.ญาคินี ตั้งวงษ์ โทรศัพท์ 090-1975202 โทรสาร 043-365111 Email : yasinee.t@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606, 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายรังสรรค์ ศรีภิรมย์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5622, 083-599-2262 โทรสาร 0-4232-5674 Email : rangsan.s.@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606 , 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ	นางสาวอุษณีย์ หลอดเนร โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5605, 084-7512472 โทรสาร 0-4232-5674 Email : utsanee.l@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606, 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606, 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606, 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606, 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางสาวยุริสา แสนทุม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางสาวยุริสา แสนทุม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและ บริการเฉพาะโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606 , 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s.@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสาวยุริสา แสนหม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	นางสาวยุริสา แสนหม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วย วิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิต	นางสาวยุริสา แสนหม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระຈก เชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวยุริสา แสนหม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s.@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางสาววิไลพร ใหญ่สูงเนิน โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5615 , 090-1975220 โทรสาร 0-4232-5674 Email : wilaiporn.y@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหา การเข้าถึง	นางสาววิไลพร ใหญ่สูงเนิน โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5615 , 090-1975220 โทรสาร 0-4232-5674 Email : wilaiporn.y@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	นางระวีวรรณ วันศรี โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5649 , 084-4390144 โทรสาร 0-4232-5674 Email : raviwan.w@nhso.go.th
8.1 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (กองทุนสุขภาพ ท้องถิ่นหรือพื้นที่)	นายสกุล วันศรี โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5607 , 084-4390121 โทรสาร 0-4232-5674 Email : sakul.w@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริม ป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นางระวีวรรณ วันศรี โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5649 , 084-4390144 โทรสาร 0-4232-5674 Email : raviwan.w@nhso.go.th
10. กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง	นางระวีวรรณ วันศรี โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5649 , 084-4390144 โทรสาร 0-4232-5674 Email : raviwan.w@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์	นางสาวเพชร เหล่าพิลัย โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5613 , 090-1975219 โทรสาร 0-4232-5674 Email : petcharee.l@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
12. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางสาวอุษณีย์ หลอดเนร โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5605 , 084-7512472 โทรสาร 0-4232-5674 Email : utsanee.l@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางสาวอลิสา ศรีธรรมจันทร์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5616 , 081-9499955 โทรสาร 0-4232-5674 Email : alisa.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสาวสินุศ สันติรักษพงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5614 , 081-9655492 โทรสาร 0-4232-5674 Email : sineenus.s@nhso.go.th
15. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางวันรพี สมณช้างเผือก โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5611 , 090-1975216 โทรสาร 0-4232-5674 Email : wonrapee.s@nhso.go.th นางสาวสินุศ สันติรักษพงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5614 , 081-9655492 โทรสาร 0-4232-5674 Email : sineenus.s@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606 , 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s@nhso.go.th
17. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางนันทนา เสวตวงษ์ โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5606 , 084-7512471 โทรสาร 0-4232-5674 Email : nuntana.s@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาววิไลพร ใหญ่สูงเนิน โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5615 , 090-1975220 โทรสาร 0-4232-5674 Email : wilaiporn.y@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสาวยุริสา แสนหม โทรศัพท์ 0-4232-5681 ต่อ 5609 , 090-1975217 โทรสาร 0-4232-5674 Email : yurisa.s@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายสันทวิ เข้มขัด โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5658 โทรสาร 0-4424-8875 Email : santawee@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายอภิศักดิ์ เข้มพิลลา โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5678 โทรสาร 0-4424-8875 Email : apisak.k@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นายอภิศักดิ์ เข้มพิลลา โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5678 โทรสาร 0-4424-8875 Email : apisak.k@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริการปฐมภูมิ	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฎ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5671 โทรสาร 0-4424-8875 Email : supapan.k@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางพรพิศ หนองขุ่นสาร โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5669 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pornpis.n@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายสันทวิ เข้มขัด โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5658 โทรสาร 0-4424-8875 Email : santawee@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางสาวমনสิชา ช่วยชุมพร โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5667 โทรสาร 0-4424-8875 Email : monsicha.c@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางสาวমনสิชา ช่วยชุมพร โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5667 โทรสาร 0-4424-8875 Email : monsicha.c@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายไม่พีเลีย (Hemophilia)	นางสาวสุวรา สุเมธราชวดี โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5659 โทรสาร 0-4424-8875 Email : suwara.s@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางพินทิพย์ กีนพันธ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5664 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pintip.g@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นายอานิตย์ บุตะคุ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5673 โทรสาร 0-4424-8875 Email : anit.b@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางพินทิพย์ กีนพันธ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5664 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pintip.g@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางสาวกานดา อ่างวงศ์สวัสดิ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5656 โทรสาร 0-4424-8875 Email : kanda.t@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายสันทวิ เข้มขัด โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5658 โทรสาร 0-4424-8875 Email : santawee@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายสันทวิ เข้มขัด โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5658 โทรสาร 0-4424-8875 Email : santawee@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาวพงศ์ผกา ภันทลักษณ์ โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5670 โทรสาร 0-4424-8875 Email : pongpaka.p@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นายพูนชัย ไตรภูธร โทรศัพท์ 0-4424-8870 ถึง 4 ต่อ 5665 โทรสาร 0-4424-8875 Email : poonchai.t@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายประสิทธิ์ บุญเกิด โทรศัพท์ 084-7512773 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prasit.b @nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายประสิทธิ์ บุญเกิด โทรศัพท์ 084-7512773 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prasit.b @nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นายไมตรี มูลสาร โทรศัพท์ 090-1975235 โทรสาร 0-4525-5393 Email : maitree.m@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริหารประมุข	ทพ.วุฒิชัย ลำดวง โทรศัพท์ 084-4390127 โทรสาร 0-4525-5393 Email : wuttichai.l@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นายไมตรี มูลสาร โทรศัพท์ 090-1975235 โทรสาร 0-4525-5393 Email : maifree.m@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายประสิทธิ์ บุญเกิด โทรศัพท์ 084-7512773 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prasit.b@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นายไมตรี มูลสาร โทรศัพท์ 090-1975235 โทรสาร 0-4525-5393 Email : maifree.m@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นายไมตรี มูลสาร โทรศัพท์ 090-1975235 โทรสาร 0-4525-5393 Email : maifree.m@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย โทรศัพท์ 084-4390126 โทรสาร 0-4525-5393 Email : porntip.c@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางชาลินี ปิยะประสิทธิ์ โทรศัพท์ 090-1975337 โทรสาร 0-4525-5393 Email : chalini.p@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย โทรศัพท์ 084-4390126 โทรสาร 0-4525-5393 Email : porntip.c@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสาวจิรญา มุขพันธ์ โทรศัพท์ .084-7510930 โทรสาร 0-4525-5393 Email : jiranya.m@nhso.go.th
6.5 การให้ยามีออร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางสาวประยูรศรี สายพิมพ์ โทรศัพท์ 084-4390125 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prayoonsri.s@nhso.go.th
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย โทรศัพท์ 084-4390126 โทรสาร 0-4525-5393 Email : porntip.c@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย โทรศัพท์ 084-4390126 โทรสาร 0-4525-5393 Email : porntip.c@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางนลินทิพย์ ลิ้มปัทยากุล โทรศัพท์ 081-8797883 โทรสาร 0-4525-5393 Email : baralee.t@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางสาวจิรญา มุขพันธ์ โทรศัพท์ .084-7510930 โทรสาร 0-4525-5393 Email : jiranya.m@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ทพ.วุฒิชัย ลำดวน โทรศัพท์ 084-4390127 โทรสาร 0-4525-5393 Email : wuttichai.l@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	ทพ.วุฒิชัย ลำดวน โทรศัพท์ 084-4390127 โทรสาร 0-4525-5393 Email : wuttichai.l@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวคันสนีย์ คำจันทา โทรศัพท์ 090-1975238 โทรสาร 0-4525-5393 Email : sunsanee.k@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางสาวสุภาภรณ์ แห่หงษ์ โทรศัพท์ 090-1975239 โทรสาร 0-4525-5393 Email : supaporn.l@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	ทพ.วุฒิชัย ลำดวน โทรศัพท์ 084-4390127 โทรสาร 0-4525-5393 Email : wuttichai.l@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสาวประยูรศรี สายพิมพ์ โทรศัพท์ 084-4390125 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prayoonsri.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางพรทิพย์ สาระบุตร โทรศัพท์ 090-1975236 โทรสาร 0-4525-5393 Email : porntip.s@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายประสิทธิ์ บุญเกิด โทรศัพท์ 084-7512773 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prasit.b @nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายประสิทธิ์ บุญเกิด โทรศัพท์ 084-7512773 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prasit.b @nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาวจิรัญญา มุขพันธ์ โทรศัพท์ 084-7510930 โทรสาร 0-4525-5393 Email : jiranya.m@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสาวประยูรศรี สายพิมพ์ โทรศัพท์ 084-4390125 โทรสาร 0-4525-5393 Email : prayoonsri.s@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นายธงชัย สิทธิยุโณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นายประกิต พันธุ์สุนันนนท์ โทรศัพท์ 090-1975248 โทรสาร 0-7727-4818 Email : prakit.p@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นายธงชัย สิทธิยุโณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริหารปฐมภูมิ	นายสันติ ประไพเมือง โทรศัพท์ 090-1975251 โทรสาร 0-7727-4818 Email : sunti.p@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางอุษา ชุมถาวร โทรศัพท์ 090-1975245 โทรสาร 0-7727-4818 Email : usa.c@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นายธงชัย สิทธิยุโณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางอุษา ชุมถาวร โทรศัพท์ 090-1975245 โทรสาร 0-7727-4818 Email : usa.c@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางอุษา ชุมถาวร โทรศัพท์ 090-1975245 โทรสาร 0-7727-4818 Email : usa.c@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายไม่พีเลีย (Hemophilia)	นางกนกวรรณ อินัยญะ โทรศัพท์ 090-1975250 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kanokwan.i@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีกรายกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางกนกวรรณ อินัยญะ โทรศัพท์ 090-1975250 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kanokwan.i@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริหารเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นางอวยพร พรพิริยล้าเลิศ โทรศัพท์ 090-1975246 โทรสาร 0-7727-4818 Email : uayporn@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางสาวจรรีรัตน์ ยงค์ โทรศัพท์ 084-4390122 โทรสาร 0-7727-4818 Email : jureeratana.y@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางกนกวรรณ อินัยญะ โทรศัพท์ 090-1975250 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kanokwan.i@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางกนกวรรณ อินัยญะ โทรศัพท์ 090-1975250 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kanokwan.i@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาวจวีรัตน์ ยงค์ โทรศัพท์ 084-4390122 โทรสาร 0-7727-4818 Email : jureeratana.y@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นายธงชัย สิทธิคุณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	ภญ.เสาวภา ก้าวสมบูรณ์ โทรศัพท์ 084-4390153 โทรสาร 0-7727-4818 Email : saowapa.g@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นายชยานิน เอกสุวรรณ โทรศัพท์ 090-1975249 โทรสาร 0-7727-4818 Email : chayanin.e@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประดิษฐ์	นายชยานิน เอกสุวรรณ โทรศัพท์ 090-1975249 โทรสาร 0-7727-4818 Email : chayanin.e@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นายกัมปนาจ แยมแสง โทรศัพท์ 090-1975247 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kumpanat.y@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นายสันติ ประไพเมือง โทรศัพท์ 090-1975251 โทรสาร 0-7727-4818 Email : sunti.p@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นายธงชัย สิทธิคุณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสาวจวีรัตน์ ยงค์ โทรศัพท์ 084-4390122 โทรสาร 0-7727-4818 Email : jureeratana.y@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นายกัมปนาจ แยมแสง โทรศัพท์ 090-1975247 โทรสาร 0-7727-4818 Email : kumpanat.y@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นายธงชัย สิทธิคุณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นายธงชัย สิทธิคุณ โทรศัพท์ 084-4390120 โทรสาร 0-7727-4818 Email : thongchai.s@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	ภญ.เสาวภา ก้าวสมบูรณ์ โทรศัพท์ 084-4390153 โทรสาร 0-7727-4818 Email : saowapa.g@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางสาวจวีรัตน์ ยงค์ โทรศัพท์ 084-4390122 โทรสาร 0-7727-4818 Email : jureeratana.y@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นางชนิษฐา สอนแสน โทรศัพท์ 090-1975259 โทรสาร 074-235494 Email : kanittha.s@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางชนิษฐา สอนแสน โทรศัพท์ 090-1975259 โทรสาร 074-235494 Email : kanittha.s@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริหารปฐมภูมิ	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นายปิยะสุวรรณ ตั้งแก้ว โทรศัพท์ 090-1975257 โทรสาร 074-235494 Email : piyasuwan.t@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นายปิยะสุวรรณ ตั้งแก้ว โทรศัพท์ 090-1975257 โทรสาร 074-235494 Email : piyasuwan.t@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นายปิยะสุวรรณ ตั้งแก้ว โทรศัพท์ 090-1975257 โทรสาร 074-235494 Email : piyasuwan.t@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	นางสาวกัญญาณี ณ พัทลุง โทรศัพท์ 081-8968812 โทรสาร 074-235494 Email : pinyanee.n@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางสายชล ภาณีตพจมาน โทรศัพท์ 090-1975260 โทรสาร 074-235494 Email : saichol.p@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	นางนินิณาด ศิริเวช โทรศัพท์ 089-8700679 โทรสาร 074-235494 Email : nithinat.s@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด	นางสาวกัญญาณี ณ พัทลุง โทรศัพท์ 081-8968812 โทรสาร 074-235494 Email : pinyanee.n@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางสาวกัญญาณี ณ พัทลุง โทรศัพท์ 081-8968812 โทรสาร 074-235494 Email : pinyanee.n@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	นางสาวจันทร์ฉาย ประมุขกุล โทรศัพท์ 090-1975261 โทรสาร 074-235494 Email : junchay.p@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระดูกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	นางสาวปิยนุญณี ณ พัทลุง โทรศัพท์ 081-8968812 โทรสาร 074-235494 Email : pinyanee.n@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	นางสายชล ฆาณิตพจมาน โทรศัพท์ 090-1975260 โทรสาร 074-235494 Email : saichol.p@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางสาวจันทร์ฉาย ประมุขกุล โทรศัพท์ 090-1975261 โทรสาร 074-235494 Email : junchay.p@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นางชนิษฐา สอนแสน โทรศัพท์ 090-1975259 โทรสาร 074-235494 Email : kanittha.s @nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมประดิษฐ์	นางฐานทิพย์ อัลภาชน์ โทรศัพท์ 089-8700675 โทรสาร 074-235494 Email : phanthip.c@nhso.go.th
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางฐานทิพย์ อัลภาชน์ โทรศัพท์ 089-8700675 โทรสาร 074-235494 Email : phanthip.c@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางฐานทิพย์ อัลภาชน์ โทรศัพท์ 089-8700675 โทรสาร 074-235494 Email : phanthip.c@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางนินิณาด ศิริเวช โทรศัพท์ 089-8700679 โทรสาร 074-235494 Email : nithinat.s@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นายสายันต์ อาจนรงค์ โทรศัพท์ 090-1975258 โทรสาร 074-235494 Email : sayun.a@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินจ่ายเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางสาววันดี แสงเจริญ โทรศัพท์ 084-4390159 โทรสาร 074-235494 Email : wande.s@nhso.go.th
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางสาวจันทร์ฉาย ประมุขกุล โทรศัพท์ 090-1975261 โทรสาร 074-235494 Email : junchay.p@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางนินิณาด ศิริเวช โทรศัพท์ 089-8700679 โทรสาร 074-235494 Email : nithinat.s@nhso.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

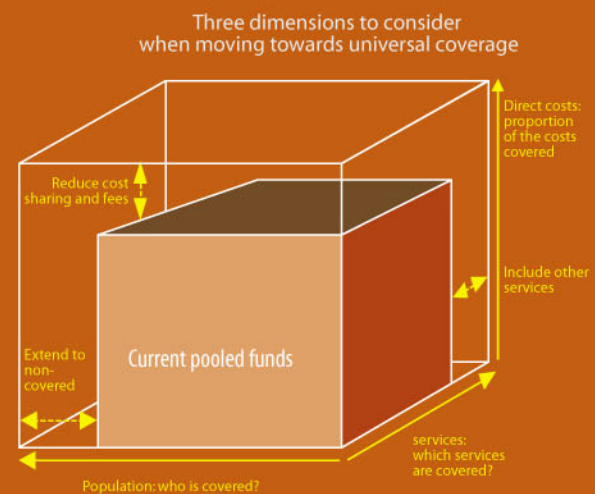
ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป	
1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางสาวภัทรกร กาญจนภาส โทรศัพท์ 0-2142-0951 โทรสาร 0-2143-8772 Email : phattaraporn.k@nhso.go.th
1.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ	นางสาวภัทรกร กาญจนภาส โทรศัพท์ 0-2142-0951 โทรสาร 0-2143-8772 Email : phattaraporn.k@nhso.go.th
1.3 บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อเฉพาะข้ามจังหวัด	นางสาวภัทรกร กาญจนภาส โทรศัพท์ 0-2142-0951 โทรสาร 0-2143-8772 Email : phattaraporn.k@nhso.go.th
1.4 ค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการและบริหารปฐมภูมิ	นางชนิตา บุญยะหุตานนท์ โทรศัพท์ 0-2142-0962 โทรสาร 0-2143-8772 Email : .chanita.b@nhso.go.th
2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป	นางกฤตพร จันคนา โทรศัพท์ 0-2142-0950 โทรสาร 0-2143-8772 Email : krattaporn.c@nhso.go.th
3. การบริหารจัดการเงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	-
4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน	นางปานใจ ดันติภูษานนท์ โทรศัพท์ 0-2142-0952 โทรสาร 0-2143-8772 Email s: panjai.t@nhso.go.th
5. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง	นางกฤตพร จันคนา โทรศัพท์ 0-2142-0950 โทรสาร 0-2143-8772 Email : krattaporn.c@nhso.go.th
6. การบริหารจัดการเฉพาะโรค	
6.1 การบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	จุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 0-2142-0931 โทรสาร 0-2143-8772 Email : juraiporn.n@nhso.go.th
6.2 การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)	นางสาวณัฐณา สัมมาคาม โทรศัพท์ 0-2142-0963 โทรสาร 0-2143-8772 Email : thanutcha.s@nhso.go.th
6.3 การบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะโรคในทางเดินปัสสาวะ	จุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 0-2142-0931 โทรสาร 0-2143-8772 Email : juraiporn.n@nhso.go.th
6.4 การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 0-2142-0956 โทรสาร 0-2143-8772 Email : Jirathip.t@nhso.go.th
6.5 การให้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 0-2142-0956 โทรสาร 0-2143-8772 Email : Jirathip.t@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
6.6 การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	จุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 0-2142-0931 โทรสาร 0-2143-8772 Email : juraiporn.n@nhso.go.th
6.7 การบริหารจัดการการผ่าตัดต่อกระจากเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 0-2142-0931 โทรสาร 0-2143-8772 Email : juraiporn.n@nhso.go.th
6.8 การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค	จุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 0-2142-0931 โทรสาร 0-2143-8772 Email : juraiporn.n@nhso.go.th
7. การบริหารจัดการยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 0-2142-0956 โทรสาร 0-2143-8772 Email : Jirathip.t@nhso.go.th
8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	นางบุญสง ชิวเรืองโรจน์ โทรศัพท์ 0-2142-0930 โทรสาร 0-2143-8772 Email : boonsong.c@nhso.go.th นางอรวิณี บุญยเกียรติ โทรศัพท์ 0-2142-0932 โทรสาร 0-2143-8772 Email : orawin.b@nhso.go.th
9. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมประติษฐ์	-
10. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวศิตกาล นิลแก้ง โทรศัพท์ 0-2142-0972 โทรสาร 0-2142-8772-3 Email : sietakal.n@nhso.go.th
11. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายแพทย์แผนไทย	นางพอโฉม บุนนาค โทรศัพท์ 0-2142-0961 โทรสาร 0-2142-8772-3 Email : pochom.b@nhso.go.th
12. การบริหารจัดการเงินค่าเสื่อม	นางชนิตา บุญยะหุตานนท์ โทรศัพท์ 0-2142-0962 โทรสาร 0-2143-8772-3 Email : chanita.b@nhso.go.th
13. การบริหารจัดการเงินส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	นางสาวอมวาศรี เปาอินทร์ โทรศัพท์ 0-2142-0965 โทรสาร 0-2143-8772-3 Email : amavasri.p@nhso.go.th
14. การบริหารจัดการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	นางพอโฉม บุนนาค โทรศัพท์ 0-2142-0961 โทรสาร 0-2142-8772-3 Email : pochom.b@nhso.go.th
15. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	-
16. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน	นางสาวภัทรรพร กาญจนภาส โทรศัพท์ 0-2142-0951 โทรสาร 0-2143-8772 Email : phattaraporn.k@nhso.go.th

ประเภทบริการเงินกองทุน	ผู้ประสานงาน
บริการผู้ป่วยจิตเวช	
1. การบริหารค่ายาจิตเวช	นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 0-2142-0956 โทรสาร 0-2143-8772-3 Email : Jirathip.t@nhso.go.th
2. การบริหารการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 0-2142-0956 โทรสาร 0-2143-8772-3 Email : Jirathip.t@nhso.go.th

“Universal Health Coverage depends on strong and well-designed health financing systems that assure sufficient financial resources for health. They guarantee that people do not have to pay catastrophic out-of-pocket payments for health services, and that funds are used as efficiently and equitably as possible.”

Message from Chairs of the International Organizing Committee



Source: The world health report financing for universal coverage 2010



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2,3,4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th