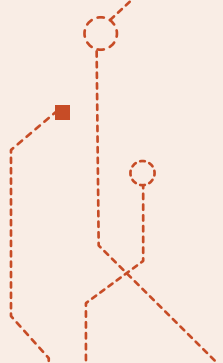


คู่มือบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2564





คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

ISBN 978-616-490-036-3

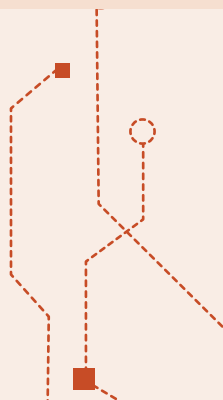
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2563

จำนวน 14,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย 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

ออกแบบ นายวัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์

พิมพ์ที่ บริษัท สมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
59/4 หมู่ที่ 10 ซอยวัดพระเงิน ถนนตลิ่งชัน-สุพรรณบุรี
ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ นนทบุรี 11140
โทรศัพท์ 0 2903 8257



คำนำ

เป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) คือการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ตามความจำเป็นของประชาชน และปกป้องครัวเรือนจากความยากจนภายหลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs) อีกทั้งปัญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ขับเคลื่อนไปด้วยกันเพื่อสร้างโลกที่สุขภาพดีขึ้น”

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งยังไม่มีวัคซีนป้องกัน หรือยาที่ใช้รักษา จึงเป็นความท้าทายอย่างมากทั้งในเรื่องความเพียงพอและการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพในระบบ อย่างไรก็ตาม ปีงบประมาณ 2564 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงเน้นการเข้าถึงบริการ ภายใต้บริบทการปรับตัวกิจกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal) รวมถึงคุณภาพมาตรฐานการบริการ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2563

สารบัญ

บทที่ 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม	7
บทที่ 2 การบริหารงบประมาณบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	17
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	18
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	22
3. บริการกรณีเฉพาะ	28
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	52
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	60
6. บริการการแพทย์แผนไทย	64
7. บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	68
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข	72
9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	74
10. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	77
11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน	81
บทที่ 3 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	85
บทที่ 4 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	93

สารบัญ

บทที่ 5 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	99
1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	100
2. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	104
บทที่ 6 การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	107
บทที่ 7 การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	111
บทที่ 8 ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ	121



บทที่ 1

การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติภาพรวม



1 แนวคิดการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2564 การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวคิดและหลักการ ดังนี้

1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

1.2 การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

1.4 สนับสนุนการจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เช่น บริการส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วย บริการ Telemedicine บริการรับยาที่ร้านยาสุขภาพชุมชน บริการรักษามะเร็งลำไส้ด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้านผู้ป่วย เป็นต้น

1.5 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

1.5.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

1.5.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ และมีการนำร่องจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) ซึ่งอาจบูรณาการ

จ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกับรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดย สปสช.กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล

1.5.3 กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการโดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรับยา ฯลฯ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการ

1.5.4 กำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ทำหน้าที่จัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่าย ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหายา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

1.5.5 ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ที่สนับสนุนหรือใช้ในการบริการสาธารณสุขที่ภาครัฐพัฒนาได้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.5.6 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ 2564

1.5.7 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.5.8 กำหนดมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับรวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด โดยปี 2564 เพิ่มมาตรการกรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เขตกรุงเทพมหานครฯ หากมีเงินคงเหลือมากกว่าสองเท่าของรายรับของเงินกองทุนฯ ในปีที่ผ่านมา สปสช.อาจจัดการจัดสรรเงินสมทบเข้ากองทุนฯ

1.5.9 ให้ สปสช.เสนอขอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสม สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ



และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ภายหลังจาก ติดตาม กำกับ และควบคุม/ปรับประสิทธิภาพ การดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับ ในปีงบประมาณ 2564 ไม่เพียงพอ

1.5.10 ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุน จากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่าย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2564 แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงิน ที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่าง ปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของปีงบประมาณทดแทนในปีถัดไปหากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผล การใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

2 กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณ สำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์ บริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของ หน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือ เบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับคนไทยทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,719.23 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 47.6440 ล้านคน โดยค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564 แบ่งเป็น 9 ประเภท บริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,279.31
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,440.03
3. บริการกรณีเฉพาะ	373.67
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	455.39
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.40
6. บริการการแพทย์แผนไทย	17.90
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,719.23

หมายเหตุ: ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	271,704	3,405.5113
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	72,500	250.8394
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		20.0000
รวม	344,204	3,676.3507

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ



2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ค่าบริการเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)		
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	31,790	4,982.4468
- บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)	100	21,4714
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	22,949	4,087.1791
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	6,569	68.6563
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	224	132.1215
- รับยากดภูมิ (KTI)	2,183	428.4049
รวม	63,815	9,720.2800

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.4 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน โดยปีงบประมาณ 2564 ยังคงเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	3,699,100	1,091.2110
2. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	12,000	72.0000
รวม	3,711,100	1,163.2110

2.5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กัณดาร พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท

2.6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 838.0260 ล้านบาท

2.7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข.(5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจำนวน 421.6400 ล้านบาท



3 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 เฉพาะประเด็นที่ เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2564 มีการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นที่สำคัญโดยสรุป ดังนี้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
1. บริการผู้ป่วยนอก	1.1 รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในงบเหมาจ่ายรายหัว (ย้ายจากรายการบริการกรณีเฉพาะ) 1.2 เพิ่มให้ สปสช.เขต 13 ทม.อาจจ่ายตามหลักการ Value Based Health Care (VBHC) โดยสามารถบูรณาการจ่ายกับงบรายการอื่นๆ ได้
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	2.1 เพิ่มให้เขต ทม.สามารถกำหนดเงื่อนไข และอัตราจ่ายหรือราคาจ่ายตามรายการบริการ สำหรับบริการที่เคยเป็นบริการแบบผู้ป่วยในแล้วปรับเป็นบริการผู้ป่วยนอก (Non OP Non IP: NONI) หรือผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติที่ค่ารักษาพยาบาลกับเงินชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแตกต่างกันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรืออาจจ่ายตามหลักการ VBHC โดยบูรณาการจ่ายกับงบอื่นๆ ได้ 2.2 เพิ่มให้ สปสช.สามารถปรับอัตราจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในแบบในเขต กรณีบริการ ODS MIS ในระหว่างปีได้ตามผลงานบริการ 2.3 เพิ่มรายการโรคที่จ่ายแบบ ODS MIS (รวม Home Chemo) ภายใต้งบที่ได้รับ โดยให้ผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ
3. บริการกรณีเฉพาะ (CR)	3.1 รวมบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน และปรับให้ สปสช. กำหนดรายชื่อยุทธวิธีบริการและอัตราตามที่ สปสช.กำหนด 3.2 กรณีบริการยาสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย รวมโรคควอนวิลลิแบรินด์ ชนิดรุนแรงมาก 3.3 กรณี Rare disease อาจเพิ่มกลุ่มโรคได้ตามสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.1 เพิ่มวัคซีน MMR สำหรับเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน 4.2 เพิ่มมาตรการไม่สมทบเงินสำหรับกองทุนท้องถิ่นเขต ทม.ที่มีเงินคงเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนด และปรับปรุงประกาศกองทุนฯ ทม.รองรับ 4.3 เพิ่มบริการคัดกรองภาวะ Down syndrome ไปยังหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ 4.4 รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้แบบ Fit test ในงบนี้ซึ่งทำให้ครอบคลุมประชากรไทยทุกสิทธิ (ย้ายมาจากบริการ OP) 4.5 เพิ่มให้ สปสช.เขต 13 ทม.อาจจ่ายตามหลักการ Value Based Health Care (VBHC) โดยสามารถบูรณาการจ่ายกับงบรายการอื่นๆ ได้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
5. ฟันฟูฯ	5.1 ปรับบริการจ่ายสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermedeat Care: IMC) ในผู้ป่วย 3 กลุ่ม โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) และ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)
6. แผนไทย	6.1 เพิ่มบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่
7. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการ	7.1 เพิ่มอัตราชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ COVID เป็น 2 เท่าตามมติคณะรัฐมนตรี
8. จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานบริการ	8.1 เพิ่มให้ สปสช.เขต 13 กทม.อาจจ่ายตามหลักการ Value Based Health Care (VBHC) โดยสามารถบูรณาการจ่ายกับรายการอื่นๆ ได้ 8.2 กรณีเขตอื่นๆ ที่ต้องการนำร่องศึกษาการจ่ายตามหลักการ VBHC ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายบ QOF เดิม
9. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	ดำเนินการบริการ APD และพัฒนาระบบการบริหารจัดการรองรับหากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น
10. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	10.1 เพิ่มให้ สปสช.เขต 13 กทม.อาจจ่ายตามหลักการ Value Based Health Care (VBHC) โดยสามารถบูรณาการจ่ายกับรายการอื่นๆ ได้
11. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	11.1 ปรับเป็นเหมาจ่ายราย Case ผ่านกองทุนท้องถิ่น ตามเงื่อนไขที่กำหนด
12. บริการระดับปฐมภูมิ PHC	12.1 สอดคล้องกับ รธน.และ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เน้นการจัดบริการนอกหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อสนับสนุนนโยบาย Social distancing และลดความแออัดในหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 12.2 PHC ทั่วไป ขยายให้ เขต กทม.อาจจ่ายตามหลักการ VBHC โดยบูรณาการจ่ายกับรายการอื่นๆ ได้ 12.3 รวมบริการรองรับนโยบาย Social distancing ได้แก่ 12.3.1 บริการร้านยาสุขภาพชุมชน Model 1-3 โดยร้านยา Model 1-2 ปรับการจ่ายให้หน่วยบริการและร้านยาตามจำนวนครั้งบริการ ส่วน Model 3 จ่ายเพิ่มเติมเป็นค่ายาให้ร้านยา 12.3.2 บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน 12.3.3 บริการ Telehealth, Telemedicine 12.3.4 บริการโดยหน่วยร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด



4 การกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปีงบประมาณ 2565

- 1) ทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการของ สปสช. เพื่อทบทวนสิทธิประโยชน์ หลักเกณฑ์แนวทางการจ่าย การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) ศึกษาวิจัยเพื่อกำกับติดตามบริการตามนโยบายใหม่ๆ ทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพมาตรฐานบริการ ได้แก่ บริการ Telehealth Tele pharmacy บริการวัคซีน บริการ ODS/MIS บริการ APD บริการรับยาที่ร้านยา และบริการรับยาทางไปรษณีย์ บริการ Home Chemo และการปรับการจ่ายแบบ VBHC

บทที่ 2

การบริหารค่าใช้จ่าย
บริการทางการแพทย์
เหมาะสมรายหัว





บทที่ 2

การบริหารค่าใช้จ่าย บริการทางการแพทย์ เหมาจ่ายรายหัว

1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2564 รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ย้ายจากรายการบริการกรณีเฉพาะ) และย้ายบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test ไปรวมที่รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ครอบคลุมทุกสิทธิประกันสุขภาพ

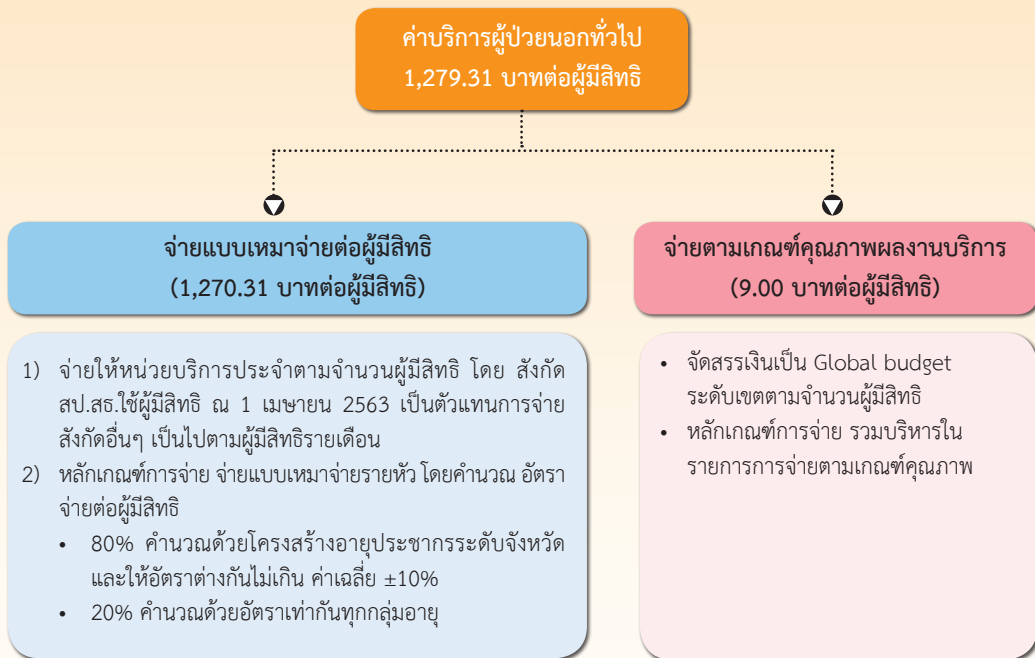
ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ได้รับจำนวน 1,279.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ
2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราจ่ายต่อประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด โดย ปี 2564 อัตราจ่ายที่คำนวณครอบคลุมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การคำนวณอัตราเหมาจ่ายระดับจังหวัด เป็นดังนี้

1.1 จำนวน 1,270.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ จัดสรรโดย

1.1.1 ร้อยละ 80 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ±10%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้



ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<3	3 - 10	11 - 20	21 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	> 70
บริการผู้ป่วยนอก	0.464	0.364	0.306	0.407	0.789	1.348	1.972	2.351

ที่มา: ความงามจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี 2557

1.1.2 ร้อยละ 20 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

1.2 การคำนวณจ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนรายเดือน (Point) ในปีงบประมาณ 2564

1.3 สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ 14 กันยายน 2559 และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 45/2560 เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 58/2559 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2560 ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนรายเดือน (Point) ในปีงบประมาณ 2564

2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

2.1 บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ)

2.2 หลักเกณฑ์การจ่ายให้เป็นไปตามหัวข้อที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีมีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

6. กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายตาม ข้อ 1 และอาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ หรือ อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โดยการจัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก เพื่อคืนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดการบริการภายในเขตร่วมกัน



2

บริการผู้ป่วยในทั่วไป



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้รับจำนวน 1,440.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน กำหนดให้มีการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็น 2 ระดับ ได้แก่ กั้นเงินไว้บริหารจัดการระดับประเทศ และจัดสรรเงินเป็น Global budget เพื่อบริหารจัดการระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละพื้นที่ของสภ.เขต และบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,440.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ.

บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย:

- จ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
- ถ้าเงินเหลือจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน

ส่วนที่เหลือ บริหารจัดการระดับเขต จัดสรร Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย: ใช้ DRG v5

1. การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 (รวม UCEP) สำรองเตียง การใช้บริการนอกเขต และกรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย สลายนิ้ว ODS & MIS และ Home Chemo ตามราคาที่กำหนด
2. การใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, ODS & MIS, และ Home Chemo และรวมกรณีที่เขตจะกำหนดอัตราเฉพาะเขต)
 - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต (ในระหว่างปี อาจปรับอัตราจ่ายเพิ่ม ตามประมาณการผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น)
 - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
 - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินบริหารจัดการระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. การบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 100 ล้านบาท

กันไว้สำหรับจ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตให้ได้อัตราไม่ต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW หากเงินมีไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กรณีถ้าเงินเหลือ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, One Day Surgery (ODS), Minimally Invasive (MIS)) และ Home chemotherapy for CA Colon

2. การบริหารจัดการระดับเขต (ส่วนที่เหลือ)

2.1 แนวทางการคำนวณ Global budget ระดับเขต จะใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง ธันวาคม 2562 หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงาน ปีงบประมาณ 2564 ตามแนวทาง ดังนี้

2.1.1 คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 โดยเป็นผลงานบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย

2.1.2 กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

2.1.3 กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวน ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

2.1.4 กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

2.1.5 กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.1.6 กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ 1,500 กรัมขึ้นไป (การใช้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ ด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

2.1.7 ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ 2



2.2 การจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดย สปสช.ประมวลผลจ่ายด้วยระบบ DRGs version 5 ตามผลงานการให้บริการ ที่หน่วยบริการส่งมาแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2564 ประกอบด้วย

2.2.1 การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับ โดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตที่ใกล้เคียงพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาท ต่อ adjRW

2.2.2 การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายที่อัตรา 9,600 บาท ต่อ RW

2.2.3 การใช้บริการนอกเขต กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เสมือนกรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery) ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

2.2.4 การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช.กำหนด จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW ตามแนวทาง และเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.2.5 การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตาม อัตราที่มีกรณีเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตรา จ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ adjRW

2.2.6 การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจาก Global budget ระดับเขต

2.2.7 การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จ่ายในอัตรา 6,500 บาทต่อ adjRW

2.2.8 กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.2.9 จ่ายกรณีที่กำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วประเทศ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใน 31 กรกฎาคม 2563 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช.เขต ติดตามผลการดำเนินงาน รายงานต่อ อปสข.ทุกไตรมาส และเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

2.2.10 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดเงื่อนไข และอัตราจ่าย หรือราคาจ่ายตามรายการ สำหรับบริการที่เคยเป็นบริการแบบผู้ป่วยในแล้วปรับเป็นบริการผู้ป่วยนอก (Non OP Non IP: NONI) หรือผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติที่คำรักษาพยาบาลกับเงินชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแตกต่างกันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.2.11 การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

2.2.11.1 การใช้บริการภายในเขตฯ จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW

2.2.11.2 การใช้บริการในเขตฯ กรณีผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2.2.11.3 การใช้บริการในเขต กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพ การบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2.2.11.4 การใช้บริการภายในเขตฯ บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนกำหนด

2.2.11.5 ในระหว่างปีให้ สปสช. สามารถปรับอัตราจ่ายเพิ่มจากอัตราการจ่ายตามข้อ 1) ถึง ข้อ 4) ได้ตามประมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น



2.2.11.6 เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ 2564 หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.11

2.2.11.7 หาก Global budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอสำหรับจ่ายผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.11 ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW สปสช.จะใช้เงินกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ 1 จ่ายเพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น 8,350 บาทต่อ adjRW ซึ่งหากเงินกันไว้ไม่เพียงพอที่จะจ่ายให้ครบอัตราที่ 8,350 บาท จะจ่ายเพิ่มเติมให้ตามจำนวนที่มี ทั้งนี้ เงื่อนไขการจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนกำหนด และหากมีเงินคงเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือ เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.11

2.2.12 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.13 ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.14 สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สปสช.จะมีการปรับลดค่าแรงตามแนวทางที่กำหนด

2.2.15 การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ 2.2

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. สนับสนุนประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ โดยพัฒนาระบบส่งสรุปข้อมูลตรงให้ผู้บริหารหน่วยบริการทุกเดือน โดยเฉพาะกรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจการจ่าย (ข้อมูลการติด Cancel & Deny: C & D) และเพิ่มการแนะนำหรือพัฒนาในกระบวนการ Audit เพื่อลด C & D ซึ่งจะช่วยให้หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยได้รวดเร็วขึ้น

2. สปสช.เขตสามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมามีการเรียกเก็บค่าบริการ มีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบังคับทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่ายโดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

4. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนา ระบบการจัดบริการ และพัฒนาการให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

5. สปสช. ได้จัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยใน เพื่อคืนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการภายในเขตร่วมกัน



3

บริการกรณีเฉพาะ



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ ภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2559 วันที่ 1 สิงหาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

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

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

วงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ในปีงบประมาณ 2564 ค่าบริการกรณีเฉพาะ ได้รับจำนวน 373.67 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สบสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการ ตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. บริการกรณีเฉพาะ จัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
 - 2) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
 - 3) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
 - 4) กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
 - 5) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

2. รายการย่อยในบริการกรณีเฉพาะจำแนกตามกลุ่ม

ประเภท

1. กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OP-AE ข้ามจังหวัด)
- 1.2 การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP refer ข้ามจังหวัด)
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ/ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม/กรณีผู้ป่วยในที่ได้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ/สำรองเตียง

2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 บริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Chemo/Radio-OP&IP)
- 2.3 บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์ (Cataract)
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฟีกพุดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument-OP&IP)
- 3.2 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
- 3.3 การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation)
- 3.4 การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Liver transplantation ในเด็ก, Heart transplantation, Hematopoietic stem cell transplantation)

4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)
- 4.2 ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ (2), ยา CL และยากำพร้า)

5. กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- 5.2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)



ทั้งนี้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทใน 5 กลุ่ม ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

1.1 เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอาการแรกรับฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามค่านियามกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.)

1.2 ในกรณีที่เป็นการเข้ารับบริการของคนพิการ ทหารผ่านศึก สามารถเข้ารับบริการตามความจำเป็นทางการแพทย์

1.3 วิธีการจ่ายเงิน จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช.กำหนด

2. การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ฉุกเฉินทุกกรณี ยกเว้นการเข้ารับบริการตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีที่มีเหตุอันสมควรตามแนวทาง เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัด ที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช.กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยเหตุการณ์ที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช.กำหนดรายการบริการ (Fee schedule) ไว้แล้วให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามราคาของรายการบริการที่กำหนดไว้ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

4. ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย อันประกอบด้วย รถยนต์ เรือ และอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ที่เคลื่อนย้ายหรือการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่หน่วยบริการประจำในกรณีฉุกเฉินและรักษาต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ ไม่นับรวมการส่งต่อไปตรวจพิเศษระหว่างนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งจะจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะ และระยะทาง

5. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการโดยอัตรการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตรารายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการ

ที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด โดย

5.1 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้เป็นผู้มีสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำให้เรียบร้อย

5.2 กรณีศูนย์ประสานการส่งต่อ (สำรองเตียง) สำหรับสิทธิว่าง เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการสำรองเตียงที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิว่าง ซึ่งหน่วยบริการในระบบไม่สามารถให้บริการได้ เช่น ผ่าตัดสมอง การใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นต้น

6. บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ

6.1 บริการกรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม ประกอบด้วยกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ และกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

6.1.1 กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

6.1.2 กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

6.2 บริการกรณีผู้ป่วยในที่ได้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ จ่ายค่าชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ



แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

1. กำหนดคุณสมบัติหน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่แสดงความจำนงพร้อมกับประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (Self Assessment) เพื่อเข้าร่วมเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเร่งด่วน หรือเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด โดยส่งไป พิจารณาที่ สปสช.เขต และผ่านการพิจารณาจาก สปสช.ส่วนกลาง

2. การจ่ายสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) เป็นการชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ โดยต้องทำเอ็กซเรย์สมอง ทั้งก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือมีการทำกายภาพบำบัด หรือการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3. การจ่ายสำหรับบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST - elevated myocardial infarction fast track) โดยชดเชยค่าใช้จ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือดให้กับหน่วยบริการ ที่ให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2557

2. การบริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการรักษาตามมาตรฐานและมีคุณภาพและส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการเครือข่ายบริการดูแลรักษาและระบบส่งต่อระดับเขต ให้มีประสิทธิภาพ

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนด

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด การจ่ายชดเชยกรณีไม่ได้รักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด และจ่ายชดเชยกรณีรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3. การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก เป็นบริการผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract)

2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการผ่าตัดต้อกระจกของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

3. ส่งเสริมและสนับสนุนการตรวจคัดกรองสายตาผู้ป่วย เพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความจำเป็นและเหมาะสม

4. ส่งเสริมการจัดระบบบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจกในระดับเขต โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

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

2. แนวทางการจัดสรรเป้าหมายการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 120,000 ดวงตา ดังนี้

2.1 จัดสรรจำนวนเป้าหมายให้ สปสช.เขต โดยใช้ข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการระดับประเทศ ในประชากรผู้สูงอายุ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง และขึ้นทะเบียนในระบบ Vision2020thailand ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 กันเป้าหมายไว้ที่ส่วนกลางจำนวนหนึ่งเพื่อจัดสรรเพิ่มกลางปี โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการ 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2564 โดยมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมจากทุกภาคส่วนในส่วนกลางพิจารณา

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

2.4 กรณีเขตพื้นที่ที่มีความจำเป็นต้องจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ให้อุทธรณ์ขออนุมัติเพิ่มเป้าหมายส่วนที่เกิน ภายใต้การพิจารณาของกลไกระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. มายัง สปสช.ส่วนกลาง ภายในเดือนเมษายน 2564

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. จ่ายค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียม ให้กับหน่วยบริการเฉพาะการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) เท่านั้น ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติ



2. ค่าชดเชยการบริการครอบคลุมถึงค่าผ่าตัดต่อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายาและค่าตรวจชั้นสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต่อกระจก และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วย หลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

3. การจ่ายชดเชยค่าบริการ การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วย ระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ 7,000 บาท สำหรับผ่าตัด ผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ ข้างละ 5,000 บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ 9,000 บาท

4. ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้อัตราข้างละ 2,800 บาท และเลนส์แข็งอัตรา ข้างละ 700 บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instrument) ของ สปสช.

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

แนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระจก หน่วยบริการที่จะให้บริการหรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต่อกระจก แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

แนวทางพัฒนาระบบบริการผ่าตัดต่อกระจก

1. ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการพัฒนาระบบบริการด้านจักษุในระดับเขต โดยมีกลไกคณะทำงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดบริการผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการด้านจักษุในระดับเขต เพื่อให้เกิดระบบบริการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา รวมถึงการส่งต่อเข้ารับการรักษา

3. สนับสนุนการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดและชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง ควบคู่ไปกับการค้นหาและคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาในด้านอื่นๆ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการและคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่

4. สนับสนุนการบูรณาการงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการดำเนินการคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาในผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณตามผลลัพธ์การให้บริการผ่าตัดต่อกระจกชนิดบอดในผู้สูงอายุ ตามความจำเป็นในแต่ละเขตพื้นที่

4. บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่และต้องได้รับการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในการแก้ไขด้านทันตกรรมจัดฟัน และแก้ไขการพูด โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการและบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายมาในโปรแกรมที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าบริการทันตกรรมจัดฟันและอุปกรณ์ในบริการทันตกรรมจัดฟัน และค่าอรรถบำบัด/แก้ไขการพูด โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ดังนี้

4.1 การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)

4.2 การแก้ไขการพูดและการได้ยิน จ่าย 3,850 บาทต่อรายต่อปี

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

5. บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน สำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ลดความแออัดของแผนกฉุกเฉินในหน่วยบริการ โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการ ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการแบบผู้ป่วยนอกกรณีให้บริการนอกเวลาราชการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น รวมทั้งการเพิ่มเติมกรณีรายการในบัญชีนวัตกรรมไทยและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังนี้

1.1 จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช.ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

1.2 แนวทางการรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

1.3 การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (Cardiac Surgery)



1.3.1 หน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วย ที่ให้บริการทำการอุทธรณ์เป็นรายการณี่ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3.2 การจ่ายชดเชยค่าบริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

1.4 การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม และอุปกรณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการและได้ประกาศเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

1.4.1 เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

1.4.2 กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ

1.4.3 กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

1.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

เป็นการจ่ายสำหรับการรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3. การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

3.1 กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคกระจกตาสีทึบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

3.2 การจัดการหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการกระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช.จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราไม่เกินกระจกตาละ 15,000 บาท ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด และหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

3.3 สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช. ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

4. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ

4.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Heart Transplantation and Pediatric liver transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นโดยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) กรณีที่อวัยวะที่ต้นแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ แนวทางการให้บริการ และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการเป็นไปตามประกาศฯ พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม การบริหารจัดการมีดังนี้

4.1.1 หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช.จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียน ทั้งนี้ จะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปีตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.1.2 ผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.1.3 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



4.1.4 การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

4.1.5 แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2 การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็น โดยในปีงบประมาณ 2564 มีเป้าหมายจำนวน 126 ราย

4.2.1 ขอบเขตบริการ ผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการ ตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acute myeloid leukemia in remission 2. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกรับมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL 2.2. Second Complete remission 3. Lymphoma <ol style="list-style-type: none"> 3.1. First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2. Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; Bulky disease และ Stage 4 3.3. Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น Chemosensitive disease 4. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5. Myelodysplastic syndrome ไชกระดุกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) <ol style="list-style-type: none"> 2.1. ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา Tyrosine kinase inhibitor หรือ 2.2. ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission 3. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ในรายที่กลับเป็นอีก (Relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** 3.2. ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ Mantle cell lymphoma)** <p>** หมายเหตุ: ข้อ 3.1 และ 3.2 ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)</p>

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>6. Non malignant diseases</p> <p>6.1. Inborn error of metabolisms ได้แก่</p> <p>6.1.1. Lysosomal storage diseases ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gaucher disease • Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) • Niemann-Pick disease • Krabbe's leukodystrophy <p>6.1.2. X-linked adrenoleukodystrophy</p> <p>6.1.3. Osteopetrosis</p> <p>6.2. Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease</p> <p>6.3. Severe aplastic anemia</p> <p>7. Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้</p> <p>7.1. มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี เช่น ซีด ตับม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตช้า</p> <p>7.2. ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี</p> <p>7.3. จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก 1-2 เดือนต่อครั้ง</p> <p>7.4. กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ Anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน Viral load negative</p> <p>7.5. กรณีผู้ป่วยมีค่า Serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกิน โดย MRI และมีค่า Liver iron concentration < 15 mgFe/gm Dry weight รวมทั้ง Cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>4. มะเร็ง Multiple myeloma</p> <p>5. ไขกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มี blasts เซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia</p> <p>6. ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)</p> <p>7. ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)</p>

4.2.2 หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องแจ้งความจำนงและผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตฯ พ.ศ. 2560 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564



กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น ที่สมัครใจเข้าถึงบริการให้สารเมทาโดนระยะยาวทดแทนการใช้ยาเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น ตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

โดยจ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตามหลักเกณฑ์ของกรมการแพทย์ และมีแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์การรักษาคู่มือติดยาเสพติดเฮโรอีนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2. ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

ได้แก่ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) และยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า โดยใน ปีงบประมาณ 2564 อาจเป็นการสนับสนุนในรูปแบบของยารายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้นๆ แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8

2.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 27 รายการ ได้แก่

ยาบัญชี จ(2)	ข้อบ่งใช้
1) Botulinum toxin type A inj. ขนาด 100 iu/vial และ 500 iu/vial	- โรคคอบิดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Cervical dystonia) - โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีกชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Hemifacial spasm) - โรค Spasmodic dysphonia
2) Leuprorelin inj. ขนาด 11.25 mg/syringe	- ภาวะ Central precocious puberty
3) Immunoglobulin G Intravenous (IVIG) ขนาด 2.5 g/vial และ 5.0 g/vial	- โรคควาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) - โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) - โรค Immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง - โรค Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต - โรค Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง

ยาบัญชี จ(2)	ข้อบ่งใช้
	<ul style="list-style-type: none"> - โรค กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia Gravis, Acute Exacerbation หรือ Myasthenic Crisis) - โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน - โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) - โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment) โรคChronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)
4) Docetaxel inj. ขนาด 20 mg/vial และ 80 mg/vial	<ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือลุกลาม ที่มีปัญหาโรคหัวใจ - มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย - ใช้เป็น Second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small cell ระยะลุกลาม
5) Letrozole tab ขนาด 2.5 mg	<ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งเต้านมที่มี HER 2 receptor เป็นบวก
6) Liposomal amphotericin B inj. ขนาด 50 mg/vial	<ul style="list-style-type: none"> - โรค Invasive fungal infection (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B inj.
7) Bevacizumab inj.	<ul style="list-style-type: none"> - Age-related macular degeneration (AMD) - โรค จุดภาพชัดจอตาวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema) - โรค Retinal Vein Occlusion (RVO)
8) voriconazole tab, inj.	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Invasive aspergillosis - ภาวะ Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp.
9) Thyrothropin alfa inj.	<ul style="list-style-type: none"> - Differentiated thyroid cancer (Papillary and/or follicular thyroid carcinoma)
10) Peginterferon inj. ทั้งรูปแบบ Alpha 2a และ Alpha 2b	<ul style="list-style-type: none"> - การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (สายพันธุ์ 3)
11) Ribavirin tab	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ร่วมกับ Peginterferon ในการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (สายพันธุ์ 3)
12) Antithymocyte globulin inj. ชนิด rabbit	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะไขกระดูกฝ่อรุนแรง (Severe aplastic anemia)
13) Linezolid tab	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะการติดเชื้อ Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
14) Imiglucerase inj.	<ul style="list-style-type: none"> - Gaucher syndrome ชนิดที่ 1



ยาบัญชี จ(2)	ข้อบ่งใช้
15) Trastuzumab inj.	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (Early stage breast cancer)
16) Nilotinib	- เป็น Second-line treatment สำหรับ Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้
17) Dasatinib	- ใช้สำหรับ Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib หรือ Nilotinib ได้
18) Factor VIII	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด A) และวอนวิลลิแบนด์ ชนิดรุนแรงมาก
19) Factor IX	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด B)
20) Micafungin Sodium Sterile pwr inj.	- ใช้รักษา Invasive candidiasis ที่ดื้อต่อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ Conventional amphotericin B ได้
21) Rituximab inj.	- Non-Hodgkin lymphoma ชนิด Diffused Large B-Cell Lymphoma (DLBCL) ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่
22) Sofosbuvir 400 mg tab	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin
23) Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมในเม็ดเดียว)	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1, 2, 4 และ 6
24) Imatinib 100 mg	- ใช้รักษา Chronic myeloid leukemia (CML) - Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค
25) Erlotinib 150 mg tab/cap	- รักษา มะเร็งปอดชนิด Non small cell
26) Octreotide acetate injection 20, 30 mg ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น	- รักษา Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกหรือฉายแสงแล้วระดับ GH และ IGF ยังสูงอยู่
27) Triptorelin inj. ขนาด 11.25 mg mg/syringe	- ภาวะ Central precocious puberty

ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขการส่งจ่ายตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้ส่งจ่ายและหน่วยบริการ ตามแนวทางการกำกับการจ่ายยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (สามารถ Download แนวทางการกำกับการจ่ายยาในบัญชี จ(2) ได้ที่ Website บัญชียาหลักแห่งชาติ <http://www.nlem.in.th>) หรือเป็นไปตามประกาศ

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้น กรณียา Docetaxel และยา Letrozole ซึ่งเดิม สปสช.มี การกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงกำหนดให้ หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชยยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และ เงื่อนไขคุณสมบัติแพทย์ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง แนวทางปฏิบัติในการ ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลได้

สำหรับรายการยาในบัญชี จ(2) 5 รายการ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ดำเนินการ ชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ(2) ได้แก่

1) Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้สิทธิรับบริการ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

2) Deferasirox tab ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษา กรณี Transfusion Dependent Thalassemia ใช้เป็นยารักษาลำดับแรกในผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี และใช้เป็นยารักษาลำดับที่ 2 ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาด้วยยา Deferiprone หน่วยบริการจะได้ รับการสนับสนุนชดเชยค่ายาโดยเบิกจากโปรแกรม National Perinatal Registry Portal (NPRP)

3) Raltegravir ใช้ร่วมกับ Darunavir ในสูตรยาที่ 3 (DRV/r +RAL+TDF+3TC) ในการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ล้มเหลวจากการรักษามาแล้ว 2 ครั้ง และมีการดื้อยามากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ ดื้อต่อ สูตรพื้นฐาน และสูตรที่ 2 ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของประเทศ และที่คณะกรรมการ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

4) Dolutegravir tab 50 mg ใช้รักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาสูตรพื้นฐานและสูตรที่ 2 ตามแนวทางที่คณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

5) Donepezil tab เป็นยาในบัญชียาจ(2) ที่ค่าใช้จ่ายด้านยาจัดสรรรวมอยู่ในบริการ ผู้ป่วยนอกทั่วไป

หมายเหตุ

1. กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนรายการยาหรือเงื่อนไขและแนวทางกำกับคำสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการกำหนดสิทธิประโยชน์ และแจ้งรายละเอียดให้ หน่วยบริการรับทราบเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป สำหรับรายการยาบัญชี จ(2) ที่มีการปรับออกจากบัญชียาหลัก แห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ แต่มีผู้ป่วยที่ยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับยาจนครบการรักษา (เฉพาะการสั่งใช้ ต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้ผู้ป่วยจนครบการรักษา ตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดไว้เดิม

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



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

เงื่อนไขการรับบริการ

1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งใช้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งจ่ายยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

คุณสมบัติของแพทย์ และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลการชดเชยค่ารักษาโรคมะเร็งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการขอชดเชย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 และอ้างอิงแนวทางการกำกับสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ

แผนภาพแสดงแนวทางบริหารจัดการยาบัญชี จ(2) ร่วมกัน



2.2 ยา Clopidogrel

สำหรับยา Clopidogrel ได้รับแนวทางการจ่ายตามรูปแบบที่จ่ายเป็นเงิน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2.3 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า

ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า มีจำนวน 16 รายการ คือ

ลำดับที่	รายการยา	ข้อบ่งชี้
1.	Dimercaprol inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก ได้แก่ Arsenic, Gold, Mercury, Lead, Copper
2.	Sodium nitrite inj.	Cyanide poisoning, Hydrogen sulfide
3.	Sodium thiosulfate inj.	Cyanide poisoning
4.	Methylene blue inj.	Methemoglobinaemia, Toxic encephalopathy จากยา Ifosfamide
5.	Botulinum antitoxin inj.	รักษาพิษจาก Botulinum toxin
6.	Diphtheria antitoxin inj.	รักษาโรคคอตีบ จาก Diphtheria toxin
7.	Succimer cap.	ภาวะพิษจากตะกั่ว
8.	Calcium disodium edetate inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก
9.	Diphenhydramine inj.	ใช้บำบัดภาวะ Dystonia เนื่องจากยา
10.	เซรุ่มต้านพิษงูเห่า	แก้พิษงูเห่า
11.	เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้	แก้พิษงูเขียวหางไหม้
12.	เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ	แก้พิษงูกะปะ
13.	เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา	แก้พิษงูแมวเซา
14.	เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา	แก้พิษงูทับสมิงคลา



ลำดับที่	รายการยา	ข้อบ่งชี้
15.	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบเลือด
16.	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท

หมายเหตุ:

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

เงื่อนไขการรับบริการ กรณีสนับสนุนเป็นยา

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วนฉุกเฉินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ทั้งนี้ ยาในโครงการสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดย สปสช.จะดำเนินการหักยอดทางบัญชีกับหน่วยงานต้นสังกัด (กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม) ในภายหลัง
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

กรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และเพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงระดับจังหวัด/เขต โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามระบบ OP/IP ปกติ แบ่งเป็น 2 รายการ ดังนี้

1.1 จ่ายชดเชยค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferasirox ตามข้อบ่งชี้ โดยอ้างอิงตามเงื่อนไขจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนด

1.2 จ่ายแบบเหมาจ่าย ภายใต้วงเงิน Global Budget ระดับประเทศ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบูรณาการการคัดกรองการตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (<http://National Perinatal Registry Portal>) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin และหรือ Hematocrit ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การให้เลือด การตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กทั้งชนิดฉีด คือ ยา Desferrioxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferiprone (L1, DFP)

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
2. เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
3. สนับสนุนการจัดการบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและ การติดตามการรักษาวัณโรค และวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

ผู้มีสิทธิขอรับบริการสามารถลงทะเบียนเพื่อรับบริการได้ ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ สปสช. จ่ายชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยตามผลงาน ส่วนค่าชดเชยบริการอื่นที่อยู่นอกเหนือจากขอบเขตบริการรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หรือเป็นไปตามประกาศของ สปสช.

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ ต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือผ่านการประเมินศักยภาพตามที่ สปสช. กำหนด



แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยรักษาวันโรค และบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	3. บริการกำกับการกินยา
ขอบเขตบริการ 1 บริการรักษารักษาวันโรค 1.1 ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2 ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB) 2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	ขอบเขตบริการ 1) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค 2) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	ขอบเขตบริการ บริการกำกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย บริหารวงเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข ตามที่ สปสช.เขต กำหนด
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง - จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นเงิน/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง		
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา		
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ	

กรอบการบริหารจัดการ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติมประกอบด้วย

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรคและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

1.1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน

1.1.2 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา

1) ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)

2) ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)

ทั้งนี้ การพิจารณาเลือกการรักษาด้วยยารักษาวัณโรค เป็นไปตามรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.2. บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

1.2.1 บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อายุ ≤ 18 ปี

1.2.2 บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อายุ ≤ 18 ปี

1.3. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

1.3.1 บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

1.3.2 บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค

1.3.3 บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drugs และ Second line drugs)

1.3.4 บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

1.4. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

ครอบคลุมกิจกรรมบริการ ได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค บันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแล รักษา แต่เนิ่นๆ โดยการค้นหาวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค และการค้นหาแบบเข้มข้น ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค เน้นดำเนินการค้นหาแบบเข้มข้น โดยคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค



3. บริการกำกับกับการกินยา

ครอบคลุมกิจกรรมบริการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การกำกับกับการกินยาของผู้ป่วย (Directly Observed Treatment: DOT) เพื่อให้กินยาครบถ้วนต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ระดับเขตผ่านกลไกคณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรคระดับเขต โดยมีตัวชี้วัดที่ใช้กำกับติดตาม ดังนี้

1. อัตราผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)
2. อัตราผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ
3. อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate)
4. อัตราการขาดการรักษา (Default rate)
5. อัตราเสียชีวิต (Death rate)

3. การบริการแบบประคับประคอง (Palliative care)

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ตามกลุ่มโรคที่ สปสช.และกรมการแพทย์ร่วมกันกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับบริการแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายที่กรมการแพทย์กำหนด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย ให้แก่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

4. การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของารโมเลกุลเล็ก (Disorder of small molecules)

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข บริการการตรวจยืนยัน บริการรักษาพยาบาล การติดตามผลการรักษา และค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับไประหว่างหน่วยบริการและชุมชน โดยให้มีการจัดระบบเป็นการเฉพาะโดยจ่ายแบบเหมาจ่ายและหรือตามรายการบริการ ให้กับหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564



4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัย
2. ป้องกันหรือลดปัญหาสาธารณสุข หรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
3. สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่
4. เพิ่มคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้รับจำนวน 455.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณจำนวน 66.0330 ล้านคน จึงเท่ากับ 328.57 บาท ต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2564 แบ่งเป็น ประเภทบริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

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

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

จำนวน 30.83 บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ โดยมีแนวทางการจัดการดังนี้

1.1 ค่าวัคซีน จ่ายชดเชยเป็นวัคซีน โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาวัคซีนตามแผนความต้องการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2564 โดยจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนวัคซีนให้แก่หน่วยบริการใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการสำหรับคนไทยทุกคน ทั้งนี้ วัคซีนประเภทต่างๆ ได้แก่

1.1.1 วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI) ตามรายการวัคซีนในแผนและวงเงินการจัดหาฯ โดยในปี 2564 รวมวัคซีน MMR สำหรับกลุ่มเป้าหมายเด็กที่ต้องได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2 ที่อายุ 1 ปี 6 เดือน

1.1.2 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza: Flu) สำหรับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 4 เดือนขึ้นไป เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

1.1.3 วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV) สำหรับ กลุ่มเป้าหมายคือ นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กรณีมีเหตุจำเป็น สามารถฉีดให้เด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และเด็กหญิงไทย อายุ 11-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาในโรงเรียน เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเด็กหญิงไทยที่มีความพิการทางสมอง เป็นต้น



1.1.4 วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า (วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วง) สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสข. กำหนด คือเด็กอายุ 2-6 เดือน จำนวน 2-3 ครั้ง ตามชนิดของวัคซีนที่จัดหาได้

1.2 ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา ตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ

1.3 ค่าบริการให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง โดยจ่ายให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อไปดำเนินการติดตามเด็กให้เข้ารับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการในพื้นที่ ตามจำนวนการให้บริการ

1.4 ค่ายา Misoprostal 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด Combination pack สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย จ่ายชดเชยเป็นยา โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่นเพื่อสนับสนุนยาให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ แนวทาง เงื่อนไขการจ่าย รายการที่ 1.1-1.4 เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

สำหรับรายการที่กำหนดในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

จำนวน 45 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

2.1 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต กรุงเทพมหานคร (พชข.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพ กลุ่มเน้นหนัก ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง

2.2 แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

2.2.1 พื้นที่ สปสข.เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท.ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่น ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยัง เข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ.

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.2.2 พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน สิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และ การบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พช.) ทั้งนี้ หากมีเงิน กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร คงเหลือมากกว่าสองเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกัน สุขภาพกรุงเทพมหานคร ในปีที่ผ่านมา สปสช.อาจงดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครตามข้อ 6(4) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 หรือ ที่มีประกาศเพิ่มเติม ให้สนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงินของปีงบประมาณที่ผ่านมา

2.2.3 ค่าบริการตามข้อ 2.2.1 และข้อ 2.2.2 หากมีเงินเหลือ สปสช.จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ในภาพรวมระดับประเทศ

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

จำนวน 4 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

3.1 จัดสรรให้ สปสช.เขต บริหารจัดการเป็น Global budget ตามจำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563

3.2 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการ เข้าถึงบริการ ตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ภายใต้ ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการ ให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยแนวทางและ หลักเกณฑ์การจ่ายระดับเขตฯ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ดังนี้

3.2.1 แผนงาน/โครงการ และจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการ โดย

1) จ่ายตามแผนงาน/โครงการ โดย สปสช.เขต เสนอแผนงาน/โครงการ และจำนวน งบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปี ให้ อปสช.เห็นชอบ พร้อมจัดทำนิติกรรมสัญญาหรือขออนุมัติหลักการจ่าย ตามแผนงาน/โครงการ ให้แล้วเสร็จ ภายใน ธ.ค. 2563



2) กรณียังมีเงิน Global budget ระดับเขต เหลือจากแผนงาน/โครงการ ที่เสนอให้ออปซ. เห็นชอบแล้ว ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยพื้นที่ สปสช. เขต 1 ถึงเขต 12 ให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ ภายใน ม.ค. 2564

3) กรณีเงินเหลือจากการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตามข้อ 1) ให้ ดำเนินการตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2564 กำหนด

3.2.2 จ่ายให้หน่วยบริการและหรือหน่วยงาน ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ทั้งนี้ หน่วยบริการหรือหน่วยงานต้องรับประกันการส่งมอบผลงาน/ผลลัพธ์บริการที่ระบุในแผนงาน/โครงการ และหรือนิติกรรมสัญญา

3.3 สำหรับการดำเนินงานให้คำนึงถึงการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) /คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.) เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ และหรือการพัฒนาารูปแบบนาร่อง การปฏิรูประบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่และการบริหารการจ่าย

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

จำนวนเงิน 239.74 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ประชาชนไทยทุกคนในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยปี 2564 รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit test สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จะจ่ายชดเชยผ่านหน่วยบริการประจำ โดยการบริหารจัดการแบ่งเป็น 2 รายการ ได้แก่

4.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย

โดยมีกรอบแนวทางการจัดการ ดังนี้

4.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

จำนวน 36.17 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ จ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรายการดังนี้

4.1.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการตรวจด้วย HPV DNA Test และการตรวจยืนยันกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology

4.1.2 บริการฝากครรภ์ (ANC)

1) บริการฝากครรภ์ (ANC) ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 5

2) บริการอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

3) บริการทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ (การตรวจสุขภาพช่องปาก การขัดและทำความสะอาดฟัน)

4.1.3 บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

4.1.4 บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการคาวานีในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

4.1.5 บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรียในเด็กแรกเกิด

4.1.6 บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

4.1.7 บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

4.1.8 บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) หลังยุติการตั้งครรภ์ ในหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป

4.1.9 บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน

1) เคลือบฟลูออไรด์ ในเด็กอายุ 4 – 12 ปี

2) เคลือบหลุมร่องฟันถาวร ในเด็กอายุ 6 – 12 ปี

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย

จำนวน 203.57 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกสิทธิ ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยมีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

4.2.1 ร้อยละ 65 จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัด และให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$) จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ) ให้ สปสช.เขต ดำเนินการปรับเกลี้ยให้หน่วยบริการ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ และผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.



4.2.2 ร้อยละ 35 จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่กำหนด เป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 หรือที่เป็นปัจจุบัน โดยมีรายการบริการ ดังนี้

- 1) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)
- 2) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)
- 3) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
- 4) จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
- 5) จำนวนการได้รับบริการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป. 6 (เข็ม)
- 6) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)

โลหิตสูง (คน)

- 7) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

4.2.3 สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนจากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช. ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่าย ค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ในปีงบประมาณ 2564 สำหรับประชากรไทยอื่น ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพและต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

4.2.4 สำหรับกรณี สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน สามารถกำหนดรูปแบบการบริการ วิธีและราคา การเบิกชดเชย อาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินการจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ./พชช.

5. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จำนวน 9 บาทต่อคน การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ เป็นการบริหารจัดการระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ และ กรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตาม หัวข้อที่ 9 ในบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เรื่องการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

6. หลักเกณฑ์การจ่ายอื่นๆ

6.1 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช.หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ

6.2 กรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็น ผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะเพิ่มเติมได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.3 สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 5 ได้ ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การเข้าถึงบริการของประชาชนในประเด็น ดังต่อไปนี้
 - 1.1. ผลการให้บริการวัคซีน
 - 1.2. ผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามรายการ Fee Schedule
 - 1.3. ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปริมาณงาน (Workload)
2. การเบิกจ่ายเงินกองทุนฯ ท้องถิ่น ของ อปท.จากการบันทึกบัญชี และจัดส่งรายงานทางการเงินตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ <http://obt.nhso.go.th> ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
3. ผลงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)



5

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2564 เพิ่มบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)

ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

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

ข. วงเงินที่ได้รับ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้รับจำนวน 18.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ
กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด
(ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1. จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ที่มีความพร้อมตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ.2562
2. อัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย
3. ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกทักษะการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

จ่ายตามผลงานบริการ บริหารจัดการระดับจังหวัด
(ส่วนที่เหลือ ไม่น้อยกว่า 13.40 บาท ต่อผู้มีสิทธิ)

1. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด)
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
4. กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมการบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่มีความพร้อม

1.1 จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูจังหวัดที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน ตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

1.2 อัตราการจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

1.3 ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ จังหวัด

1.4 หากจ่ายค่าบริการตามข้อ 1 แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช.จัดสรรเป็นค่าบริการ ตามข้อ 2

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จ่ายให้หน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 13.40 บาทต่อผู้มีสิทธิจ่ายให้กับหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

2.1 ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการที่ สปสช.กำหนด (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด)

2.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ดังนี้

2.2.1 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

2.2.2 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ

2.3 กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สปสช.เขต กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ตามผลผลิตและผลลัพธ์ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
2. รายงานผลการดำเนินงานด้านการเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด รายงานรายรับ-รายจ่าย การดำเนินการกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด



6

บริการการแพทย์แผนไทย



เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สำหรับบริการการแพทย์แผนไทย ในผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมบริการบำบัด รักษา ฟันฟู สมรรถภาพร่างกายด้วยบริการการแพทย์แผนไทย โดยปีงบประมาณ 2564 รวมบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

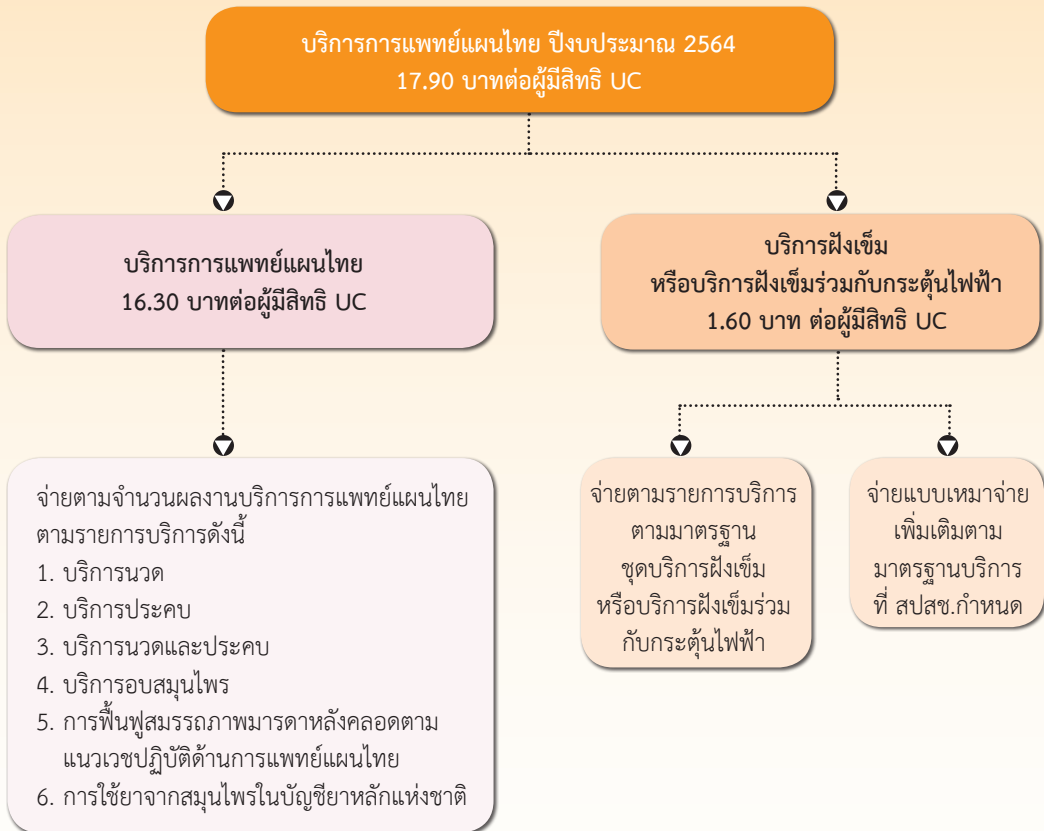
ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

**ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ
กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ**



การบริหารจัดการ

บริหารการจ่ายระดับประเทศ โดยมีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1. จำนวนไม่น้อยกว่า 16.30 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อบริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามรายการบริการที่กำหนด ได้แก่ บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย และการเข้ายาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1.1 จ่ายให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน



1.2 จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทยของรายการบริการ (Fee schedule) ด้วยระบบ Point system with ceiling ในอัตรา Point ละ ไม่เกิน 1 บาท ภายใต้วงเงินที่ได้รับจัดสรร (Global Budget) (สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จะจ่ายผ่านหน่วยบริการประจำ)

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2. จำนวนไม่เกิน 1.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการฝังเข็ม โดยบุคลากรที่มี คุณสมบัติ ดังนี้

2.1.1) แพทย์ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง หรือ

2.1.2) แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน

2.2 แนวทางการจัดบริการ โดยให้บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่ม โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมี อาการคงที่ ทั้งแบบผู้ป่วยใน (IP) ผู้ป่วยนอก (OP) และในชุมชน รวมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

2.3 หน่วยบริการต้องจัดระบบบริการฝังเข็ม โดยบูรณาการร่วมกับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate care: IMC) โดยอาจมีรูปแบบบริการ เช่น

รูปแบบที่ 1 เป็นบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ (รพท., รพศ., รพ.มหาวิทยาลัย, รพ.สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอื่นๆ) เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะ วิกฤติและมีอาการคงที่

รูปแบบที่ 2 เป็นบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล ชุมชน ซึ่งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

2.4 แนวทางการให้บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ควรให้บริการอย่างน้อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ 10 ครั้ง เพื่อพิจารณารักษาต่อ อีก 10 ครั้ง รวมเป็น 20 ครั้ง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้ง ที่ให้บริการ ทั้งนี้ อาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

2.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฝังเข็ม แบ่งเป็น ดังนี้

2.5.1 จ่ายตามรายการบริการตามมาตรฐานชุดบริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้น

ไฟฟ้า

2.5.2 จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมตามมาตรฐานบริการ ที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3. ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 2 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1) การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการจัดส่งข้อมูลบริการที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร่วมกับกลไกภาคส่วน
ที่เกี่ยวข้อง

2) การเข้าถึงบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะฟื้นฟูใหม่ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน รวมถึงการจัดส่งข้อมูลบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทย
2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูใหม่ที่ได้รับบริการฝังเข็มหรือบริการ
ฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า
3. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูใหม่ที่ได้รับบริการฝังเข็มหรือบริการ
ฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าแล้วมีคะแนนการประเมิน Barthel index ดีขึ้นอย่างน้อยหนึ่งระดับ



7

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคา ของหน่วยบริการ)



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจาก การให้บริการสาธารณสุข โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ
กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

1. หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน

1.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2564 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

1.2 กรณีที่มีหน่วยบริการประจำลาออก และมีการโอนย้ายประชากรให้หน่วยบริการประจำ ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้กับหน่วยบริการประจำที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

1.3 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ



2. การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจัดสรรค่าบริการ

เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นการจ่ายชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในปี 2564 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.6440 ล้านคน ผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการ มีดังนี้

- 2.1 สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 51.86 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.2 สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 18.46 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.3 สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 58.37 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. การคำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นรายหน่วยบริการ มีการบริหารจัดการ ดังนี้

3.1 เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น 2 กลุ่ม ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทน ในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.2 เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.3 สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

3.3.1 ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ สำหรับบริหารระดับเขต จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช. โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3.2 ไม่เกินร้อยละ 20 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ สำหรับบริหารระดับจังหวัด จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช. โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.3.3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ จัดสรรตรงให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3.4 สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ ให้จัดสรรตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ยกเว้น

หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ จัดสรรเป็นภาพรวมให้กับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ โดยส่งให้ สปสช.อนุมัติ

3.5 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

3.6 กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผน ให้ อปสช.พิจารณาอนุมัติ หรือ คณะกรรมการหรือ คณะอนุกรรมการที่ อปสช.มอบอำนาจ หรือผู้อนุมัติแผนในแต่ละระดับ สำหรับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ ให้ส่งมายัง สปสช.เพื่อพิจารณาอนุมัติ

ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ) และภาคเอกชน ที่ยังไม่ได้ทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข/สัญญาให้บริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบัน (รูปแบบปัจจุบันใช้ในปีงบประมาณ 2558) ต้องมีหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

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



8

การบริหารเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอกการพิสูจน์ถุกผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

ข. วงเงินงบประมาณที่ได้รับ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ได้รับจำนวน 3.84 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. ผู้รับบริการ

1.1 ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรา 41 ที่กำหนดว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

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

2. ผู้ให้บริการ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศ กระทรวงสาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.) โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. เป็นการติดตามเพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่วนกรณีผู้ให้บริการ เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.
2. สปสช.เขต สรุปรายชื่อผลการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (คณะอนุกรรมการฯ) ระดับจังหวัด และคณะอนุกรรมการฯ ระดับเขต ในเขตพื้นที่รับผิดชอบส่งให้สำนักกฎหมายเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (กรณีผู้รับบริการ) และรายงานต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย (กรณีผู้ให้บริการ) ทราบ
3. สำนักกฎหมายดำเนินการตรวจทานผลการพิจารณาวินิจฉัย หากมีประเด็นที่อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จะประสานแจ้งฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการฯ เพื่อให้มีการทบทวน
4. จัดให้มีการสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการพิจารณาวินิจฉัยให้มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานเดียวกัน



9

การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

งสำหรับการบริหารจัดการการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วนได้แก่

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 66.0330 ล้านคน
3. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.6440 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

งจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต และจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมาย ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. รายละเอียดตัวชี้วัด มีดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ

1.1 จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

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

1.1.2 ตัวชี้วัดระดับเขต ไม่เกิน 5 ตัว ซึ่ง สปสช.เขต สามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มี หรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

1.2 แนวทางพิจารณาและคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่นำมาใช้ประกอบด้วย

1.2.1 เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และ สสส.

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

1.2.3 ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.2.4 ไม่สร้างระบบการบันทึกข้อมูลใหม่ โดยให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records) ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล (IP e-Claim) ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นหลัก หรือ ข้อมูลจาก Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข

1.2.5 ให้มีคณะทำงาน หรือกลไกที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อบริหารจัดการในระดับเขต ในการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขต เป้าหมาย หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การให้คะแนนและการจัดสรรงบประมาณ

1.3 ในปีงบประมาณ 2564 กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ดังนี้

1.3.1 ตัวชี้วัดกลาง จำนวน 6 ตัว โดยตัวชี้วัดที่ 1 – ตัวชี้วัดที่ 5 เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2563 และมีการปรับวิธีการวัดในตัวชี้วัดที่ 6 ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี

ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

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



1.3.2 ตัวชี้วัดระดับเขต จำนวนไม่เกิน 5 ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และ สปสช.เขต
ประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2564

ทั้งนี้ รายละเอียดตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดระดับเขต สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากรายละเอียด
แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการ
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 โดย

2.1 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพ
โดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care: VBHC) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการ
บริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.2 กรณีเขตอื่นๆ ที่ต้องการนำร่องศึกษาการจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า
(Value-based Health Care: VBHC) ให้ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขข้างต้น โดยให้ผ่าน
ความเห็นชอบจาก อปสข.

3. หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำตาม
จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นจาก อปสข.

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดงจ่ายตามเกณฑ์
คุณภาพผลงานบริการ

2. การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ถูกต้อง
ตรงตามเวลาที่กำหนด

3. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับ
และติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไก อคม. และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข

4. การประเมินผลการดำเนินงาน งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยหน่วยงานวิชาการ
ภายนอก สปสช.

10

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สป.สช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรเงิน ภายใต้หลักการสำคัญ ดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชน

ผู้มีสิทธิ โดย

2.1 ให้ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ

2.2 ให้มีการกันเงินเพื่อบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และกันเงินสำหรับการปรับเกลี่ย รายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าอ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2.3 ให้เขตสุขภาพสามารถปรับการจัดสรรเงินที่ได้ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนด แนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมๆ ระดับเขต)

2.4 ให้มีการประกันรายรับขั้นต่ำของหน่วยบริการ

2.5 ให้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดสรรช่วยเหลือเป็นการเฉพาะ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

การประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการผู้ป่วยใน ก่อนที่จะมีการ กันเงินตามเกณฑ์ของ สป.สธ. และจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของ สป.สธ. (Step ladder และการกำหนดค่า K) คำนวณดังนี้



1. เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวนวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจาก หลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทน ในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

2. เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

2.1 จำนวนวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2564 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2563

2.2 จำนวนวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือน มีนาคม 2563

3. ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 ด้วยข้อมูลผลงานบริการเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2562

3.1 กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

3.2 กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

3.3 กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงินรายรับที่อัตราที่ 9,600 บาทต่อ adjRW

4. ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นตัวเลขาอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. การกั้นเงินไว้ปรับเกลี้ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปีงบประมาณ 2564 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี้ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิ

สำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2563

3. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการ และจำนวนเตียง

4. การประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2564 เป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5. แนวทางการปรับเกลี่ยเงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต

5.1 ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยบริการ เพื่อไม่ให้กระทบกับการให้บริการ ของประชาชนโดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่ เสี่ยงภัย จึงจำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด

5.2 ให้ใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณารายจ่ายและรายรับที่ เหมาะสมของหน่วยบริการ ข้อมูลทุนสำรองสุทธิ และหรือต้นทุนบริการ โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการคำนวณ ให้มีการตรวจทานจากหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ทุกระดับในเขต

5.3 กลไกการปรับเกลี่ย ให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการร่วมฯ ระดับเขต และให้เสนอ อปสข. พิจารณา

6. การบริหารจัดการเงินกันแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) หากจังหวัดใดมีความประสงค์ที่จะ กันเงินไว้แบบบัญชีเสมือนระดับจังหวัด (Virtual account) สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายของหน่วยบริการและเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) ให้จังหวัด ทารือร่วมกับ สปสข.เขตเพื่อจัดทำข้อเสนอกันเงิน Virtual account โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยเงินกัน Virtual account จะกันเงินจากรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อ ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ

6.1 การกันเงิน Virtual account สามารถกันได้ 3 วัตถุประสงค์

6.1.1 เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ ข้ามจังหวัด โดย สปสข.จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องผ่านโปรแกรม e-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด จากเงินกัน Virtual account

6.1.2 เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และ บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและ



ตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามายัง สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบ และแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

6.1.3 เพื่อใช้สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการ ด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการ เพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน เภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

6.2 การบริหารการจ่ายเงิน Virtual account

6.2.1 กรณีเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะประสานแจ้งให้ สปสช.เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อที่จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการ ประจำที่ส่งต่อแทน

6.2.2 กรณีหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่าย เสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำ ในจังหวัดโดยประสานแจ้งมาที่ สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการ ต่อไป

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

การกำกับติดตามและประเมินผล การจัดสรรเงินและการปรับประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของ หน่วยบริการสังกัด สป.สต.ดำเนินการผ่านกลไกของคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และรายงาน อปสช.ทุกไตรมาส

11 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 สปสช.จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) สำหรับกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ภายใต้หลักการดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรรรวมทั้งการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตาม หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2564 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต



ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คุณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2564 คุณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2.2 จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ในการคำนวณจัดสรร

1.2.3 จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3 งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

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

1.4.1 กลุ่ม UHOSNET จะหักเงินเดือนภายใต้เพดาน โดย สปสช.จะแจ้งยอดเงินเดือนที่ต้องหักให้ทราบตอนต้นปี

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

1.5 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีมีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

1.6 กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม อาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

2. สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สามารถปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ หรืออาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

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

2.3 งบบริการผู้ป่วยในบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

2.4 การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

บทที่ 3

การบริหาร ค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์





บทที่ 3

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



ก. วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์
2. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
3. ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
4. ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพิ่มการเข้าถึงการบริการของกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณภาพการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อโรคให้กับผู้อื่น

ข. วงเงินงบประมาณที่ได้รับ

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อบริการ ประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	3,405.5113
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	250.8394
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	20.0000
รวม	3,676.3507

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	การจ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมัน	สนับสนุนเป็นยา
2) การตรวจขั้นสูงทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายตามผลงาน
3) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV)	
3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	จ่ายตามผลงาน
3.2) บริการให้คำปรึกษา	จ่ายตามผลงาน
3.3) รุขยงอนามัย	สนับสนุนเป็นรุขยง
4) สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	
4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จ่ายตามผลงาน
4.2) รุขยงอนามัย	สนับสนุนเป็นรุขยง
5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (Hep C)	หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช. กำหนด

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

- 1) บริการตามชุดบริการ: เหมาะจ่ายค่าบริการ ตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559
- 2) บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559
- 3) นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

ขอบเขตบริการ	การจ่าย
พัฒนาคุณภาพการดูแล รักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (Quality Improvement: QI)	จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่น

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะ ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

1. บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส สำหรับบริการดังนี้

1.1 ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

1.2 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

1.3 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV oPEP)

1.4 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงานเฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP)

1.5 ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส

1.6 บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมรวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือด และค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ

2. บริการให้คำปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) สำหรับบริการ ดังนี้

2.1 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing)

2.2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มาขอรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

3. สนับสนุนการให้บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ

4. สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ

5. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการ VCT ทั้งนี้ การจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่าย เป็นไปตามบทที่ 8

2. แนวทางการจ่ายค่าบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี ไวรัส ตับอักเสบบี จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ อัตราการชดเชย ตามที่ สปสช.กำหนด หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และชักนำให้เข้าสู่ระบบบริการของกลุ่มประชากรหลัก (Key Population) ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมการนำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ และอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก (Key Population) เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงที่เกิดการกระจายและแพร่เชื้อ หรือกลุ่มที่ได้รับผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พอบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่เป้าหมาย โดยคณะทำงานร่วมระหว่าง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ การกำหนดชุดบริการเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา



ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรหลัก (Key Population) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี และบริการถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีกิจกรรม หลัก ดังนี้

- 1.1 บริการค้นหากลุ่มเสี่ยง (Reach)
- 1.2 บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ VCT (Recruit)
- 1.3 บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test)
- 1.4 บริการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ (Treat)
- 1.5 บริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยง (Retain)

2. บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เป็นบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับคู่ของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงอื่น การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การพบปะประชุมกลุ่มย่อยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ

3. นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ครอบคลุมการให้คำปรึกษาการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามเพื่อรับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยนำร่องบริการในกลุ่มเสี่ยงสูงทุกกลุ่มในพื้นที่ที่มีความพร้อม ทั้งนี้ ควรมีการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนับสนุนให้มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างกว้างขวางรวมถึงและการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประสิทธิภาพของการป้องกัน และไม่ทำให้พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยลดลง หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.) โดยประกอบด้วย 3 รายการ ดังนี้

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง คสช.คู่สัญญาที่รับดำเนินงานตามข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ/โครงการ

2. บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามคำสั่ง คสช.คู่สัญญาที่รับดำเนินงานตามข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ

3. นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) สปสช. พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินความพร้อมการให้บริการตามที่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ได้รับการบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะ ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

ขอบเขตบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แนวทางการบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ

เพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยบริหารวงเงินที่ส่วนกลาง และพิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานบริการและตัวชี้วัด ดังนี้

1. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับการวินิจฉัย (Same day ART)

2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ได้รับยาต้านไวรัส

คุณสมบัติหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการขึ้นทะเบียน หรือผ่านการประเมินศักยภาพตามที่ สปสช. กำหนด



ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ตัวชี้วัดในการกำกับติดตามและประเมินผล มีดังนี้

1. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกับการวินิจฉัย

(Same day ART)

2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส
3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้

$\leq 1,000$ copies/ml

4. ค่ามัธยฐานของ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการวินิจฉัย
5. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
6. ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา

บทที่ 4

การบริหาร ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง





บทที่ 4

การบริหารค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



การบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ครอบคลุมการให้บริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และ การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) การฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI) โดยเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินที่ได้รับ

งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2564 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)	5,003.9182
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	4,982.4468
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)	21.4714
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	4,087.1791
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	68.6563
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	560.5264
- ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)	132.1215
- รับยากดภูมิหลังการปลูกถ่ายไต (KTI)	428.4049
รวม	9,720.2800

ทั้งนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามผลงานของระบบบริการ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ





การบริหารจัดการ

1. ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2. แนวทางการรับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8 กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD)

1.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณี ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ หรือคณะทำงานในการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผล การให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.2 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 เป็นค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์สำหรับ APD ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD ทั้งนี้ สปสช. ประสานให้หน่วยบริการต้องเตรียมระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

1.2.2 การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบ APD ที่บ้านด้วยตนเอง (ระบบ Call center, ความรู้ด้าน Clinic/Technique, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ช่างเทคนิคเพื่อให้บริการ เป็นต้น)

1.2.3 ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย

1.2.4 ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย รายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับ บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุม ค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ขึ้นขณะฟอกเลือดโดย เฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (HD SelfPay) สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามที่ สปสช. กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

4. บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการปลูกถ่ายไต เช่น ภาวะ สลัดไต (Graft rejection) รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

ง. การกำกับ ติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2564 ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ

- 1.1 อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค
- 1.2 อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

2. ด้านคุณภาพบริการ

- 2.1 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มต้นรับการรักษา
- 2.2 อัตราการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย CAPD
- 2.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโม-

โกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร



บทที่ 5

การบริหารค่าใช้จ่าย บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

1 บริการควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เพื่อจัดบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2562 ได้เพิ่มชุดการให้บริการควบคุมป้องกันและรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

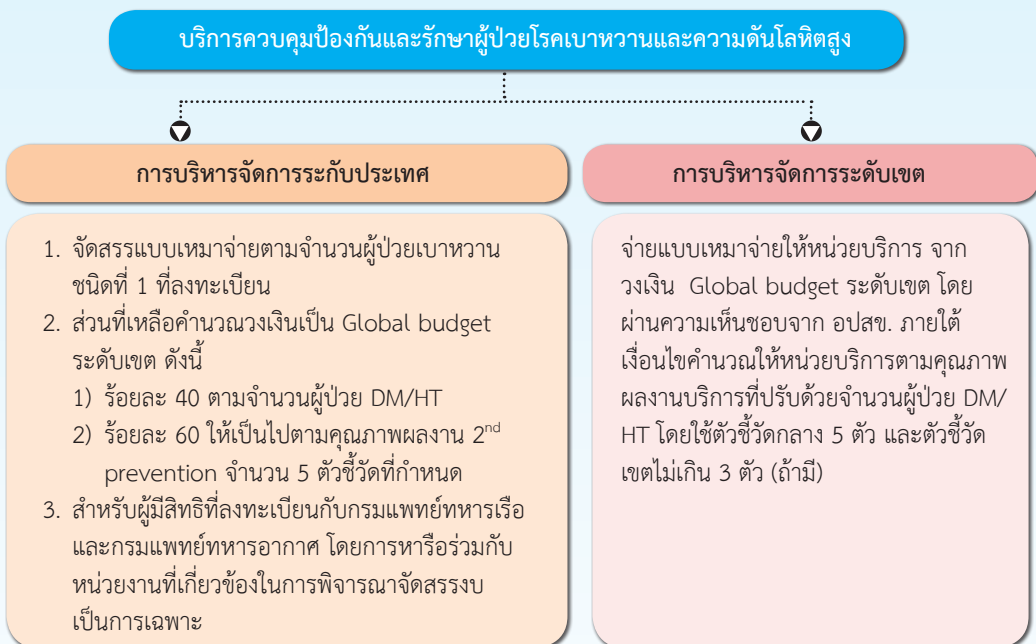
ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board) และระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข. งบประมาณที่ได้รับ

วงบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2564 งบประมาณประมาณจำนวน 1,091.2110 ล้านบาท

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



ปี 2564 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการจ่ายค่าใช้จ่ายกับรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

1. การบริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ

1.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามแนวทางการบริบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetic



self Management program) ทยละ 13,636 บาท ให้แก่หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพเข้าร่วมบริการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเหมาจ่ายเต็มจำนวน หลังหน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในระบบเรียบร้อยเป็นไปตามคู่มือพัฒนา ระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย เป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1.1 ค่า Diabetic self management education 11 module (DSME)

1.1.2 ค่าแผนตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง Self Monitoring Blood Glucose (SMBG) พร้อมเครื่องตรวจ

1.1.3 ค่าตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, LDL, Microalbuminuria, ตรวจตา และตรวจเท้าอย่างละเอียด

1.2 จำนวนเงินแบบ Global budget ระดับเขต สำหรับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ สปสช.เขต ดังนี้

1.2.1 ทยละ 40 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563

1.2.2 ทยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/e-Claim) สปสช. จำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2563 ได้แก่

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

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

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

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

5) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตา ทั้งนี้ จำนวนเงินในข้อ 1.2.1 และ ข้อ 1.2.2 ให้ สปสช.เขตรวมเป็นเงิน Global ระดับเขต เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ในข้อ 2 ต่อไป

2. การบริหารจัดการระดับเขต มีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบ Global budget โดย สปสช.เขตจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากงบ Global budget ระดับเขต โดยหลักเกณฑ์และผลการจัดสรรต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ดังนี้

2.1 คำนวณให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับ (Adjust) ด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2 ใช้ข้อมูลและตัวชี้วัด 5 ตัว ตามที่ส่วนกลางกำหนดและ สปสช.เขตสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดได้อีกไม่เกิน 3 ตัว ตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลที่ สปสช.เขตสามารถบริหารจัดการเองได้

2.3 สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับจ่ายตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจจะบูรณาการจ่ายค่าใช้จ่ายกับรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

3. การบริหารการจ่ายจัดสรรงบบริการเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ กรมแพทยทหารอากาศและทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ/คณะทำงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาการจัดสรร

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช.มีกลไกคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนากระบวนการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ในปี 2564 สปสช.จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การกำกับติดตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผ่านโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM และกระบวนการตรวจสอบคุณภาพโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

2. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP Individual record

3. รายงานผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4. ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ (District health board) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนาวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ



2

บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังตามที่ สปสช.กำหนด สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

1.2 ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำใน รพ.ของผู้ป่วยเป้าหมาย

เป้าหมาย

สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค F20-F29 และมีเงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High risk to Violence: SMI – V) ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด หรือ

1.2 เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่าม้าง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

งบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นงบประมาณที่ได้รับเพิ่มเติมแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2564 วงเงินงบประมาณจำนวน 72.0000 ล้านบาท



แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

หน่วยบริการพี่เลี้ยง

- จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ จ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น (ประมาณ 1,000 บาท/ราย)

หน่วยบริการประจำ

- จ่ายแบบเหมาจ่ายบริการ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน (ประมาณ 5,000 บาท/ราย)

การบริหารจัดการ

เป็นการบริหารจัดการในระดับประเทศ โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1. สปสช.ส่วนกลาง ดำเนินการคำนวณประมาณการผู้ป่วย และจัดสรรจำนวนเป้าหมายให้ สปสช.เขต จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในปีที่ผ่านมา
2. สปสช.เขต ประสานหน่วยบริการ เพื่อกระจายจำนวนเป้าหมายดำเนินการเบื้องต้น
3. หน่วยบริการ ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนที่จัดสรรให้หน่วยบริการดำเนินการดูแลในพื้นที่ หากมีจำนวนเป้าหมายเหลือสามารถปรับเปลี่ยนได้ภายในเขตหรือระดับประเทศ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการพี่เลี้ยงตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่าย ความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงในพื้นที่หรือชุมชนนั้น
2. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการลงทะเบียน ภายใต้จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร



ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การจัดสรรผู้ป่วยเป้าหมายของ สปสช.เขต
2. ผลการดำเนินงาน ดังนี้
 - 2.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมายเข้าถึงบริการ
 - 2.2 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจากอาการกำเริบ (Relapse) ในโรงพยาบาล (Readmission rate) ลดลง
 - 2.3 อัตราผู้ป่วยที่มีผลการประเมินสภาวะสุขภาพ 10 ด้าน ดีขึ้น

บทที่ 6

การบริหาร
ค่าบริการสาธารณสุข
สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ในชุมชน





บทที่ 6

การบริหารค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



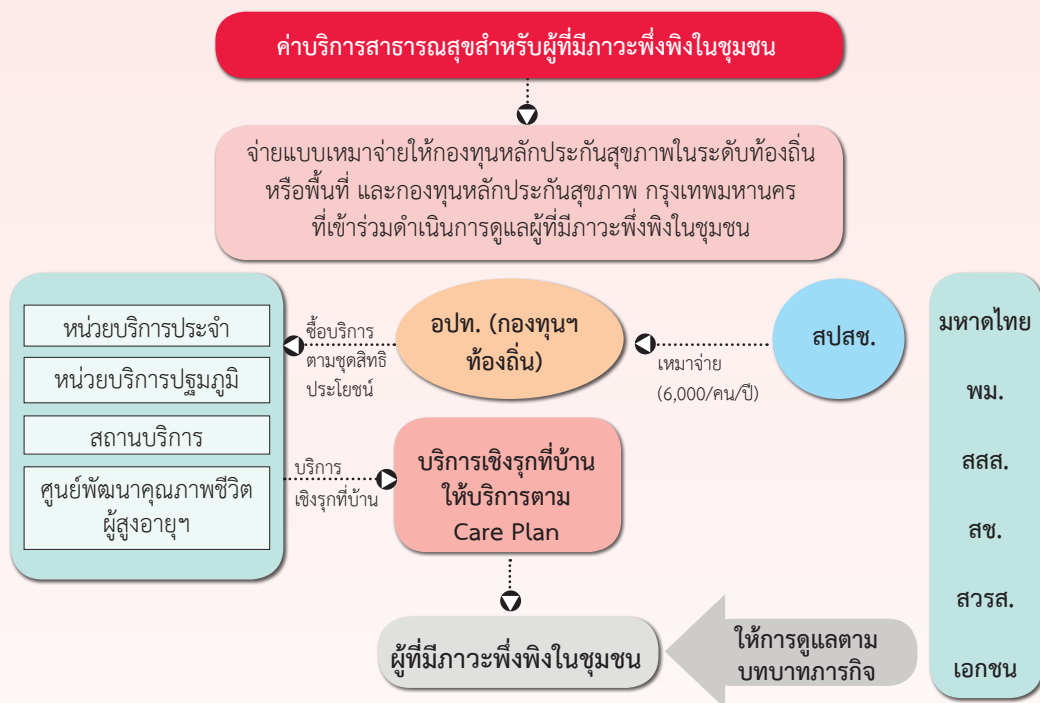
ก. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) ที่เป็นประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ ที่บ้านหรือในชุมชนโดยหน่วยบริการสถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ

ข. วงเงินงบประมาณที่ได้รับ

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2564 วงเงินงบประมาณจำนวน 838.0260 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ
กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวทางการบริหารจัดการ โดย จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา 6,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด สำหรับหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564



ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ตัวชี้วัดในการกำกับติดตามดังนี้ อัตราสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการตามแผนการดูแลรายบุคคล

(Care plan)

$$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan 9 เดือนขึ้นไป ภายในปีงบประมาณ 2564 และมีผลการประเมิน ADL หลังให้บริการ}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการติดตาม Care plan ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป ภายในปีงบประมาณ 2564}} \times 100$$

2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

2.1 ระดับประเทศ มีดังนี้

- 1) กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.
- 2) กลไกคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ

สปสช.

- 3) กลไกคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.
- 4) กลไกคณะทำงานร่วมระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช.
- 5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช.ส่วนกลาง

2.2 ระดับพื้นที่ มีดังนี้

- 1) กลไกคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต
- 2) กลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.)
- 3) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความจำเป็น
- 5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช.เขต



บทที่ 7

การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ



เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข.(5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการและในชุมชน ทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จากหน่วยบริการและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

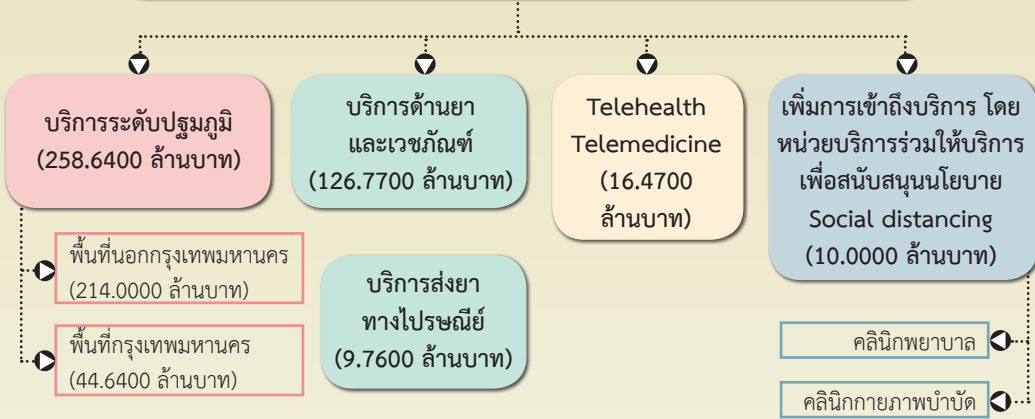
ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม
2. เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

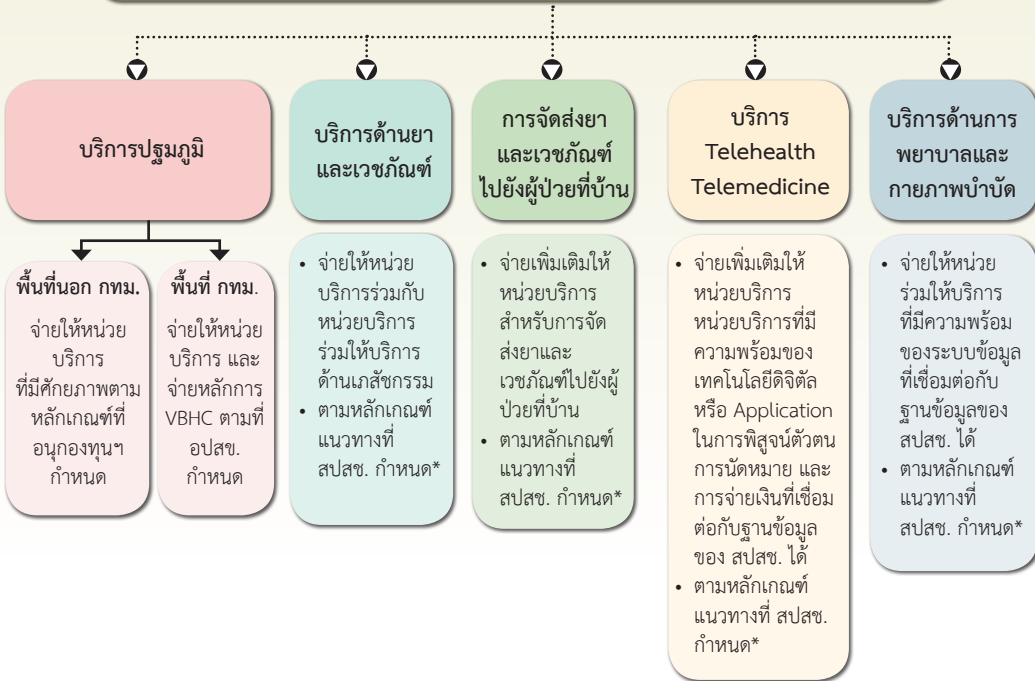
ในปีงบประมาณ 2564 วงเงินงบประมาณจำนวน 421.6400 ล้านบาท ซึ่งครอบคลุมบริการปฐมภูมิทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงการนำร่องบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน บริการ Telehealth/Telemedicine บริการด้านการพยาบาล หรือบริการกายภาพบำบัดที่บ้านหรือในชุมชน

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (421.6400 ล้านบาท)



ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ
 ครอบคลุมแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (421.6400 ล้านบาท)

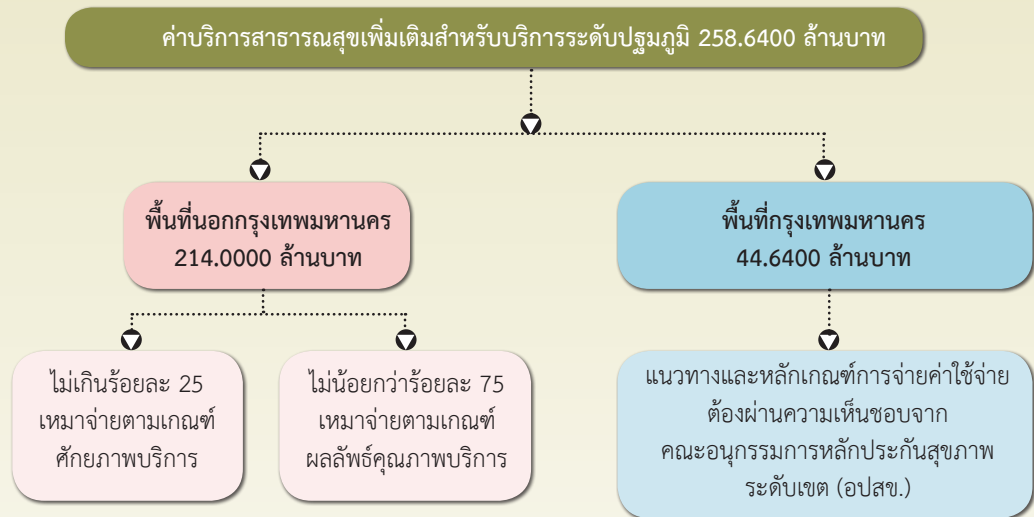




การบริหารจัดการ

1. ค่าบริการระดับปฐมภูมิ

การบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร และค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



1.1 ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร จำนวน 214.0000 ล้านบาท เป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการประจำ (ภาครัฐหรือภาคเอกชน) ตามจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีความพร้อมและมีศักยภาพการจัดการบริการระดับปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ศักยภาพที่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

1.1.1 ต้องมีข้อมูลชื่อแพทย์คู่กับประชาชน และประกาศให้ประชาชนรับทราบ

1.1.2 ต้องมีทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยจำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงมีข้อมูลสถานะสุขภาพพื้นฐาน

1.1.3 มีระบบข้อมูลรองรับการบันทึกผลงานและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงการรับ-ส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลประจำแม่ข่าย (CUP)

1.1.4 หน่วยบริการประจำแม่ข่ายมีความพร้อมในการสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

1.2 ค่าบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จ่ายให้กับหน่วยบริการ โดยแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ทั้งนี้ อาจปรับการจ่ายเป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไกระดับประเทศ เขต/จังหวัด
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และความครอบคลุมผลงานบริการที่สะท้อนการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ
3. การกำกับติดตามการดำเนินงานของ PCC ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไกระดับประเทศ เขต/จังหวัด

2. บริการด้านยา และเวชภัณฑ์ (ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์)

จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าว ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 ก.ย. 2562 ครอบคลุมค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการร่วม ให้บริการด้านเภสัชกรรม สำหรับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 126.7700 ล้านบาท

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดในหน่วยบริการ โดยเฉพาะการรอรับยาหน้าห้องจ่ายยาของหน่วยบริการ
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านยาที่มีมาตรฐาน ประสิทธิภาพ คุณภาพ และมีความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในเขตเมือง
3. ลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยขยายบริการด้านเภสัชกรรมมาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1
4. บูรณาการและพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปรับยาที่ร้านยาให้มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการรับส่งต่อผู้ป่วย และ ลดภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาลในการจัดเตรียมยาให้แก่ร้านยา โดยเชื่อมโยงบริการด้านยาทุกระดับตั้งแต่บ้าน ชุมชน บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น



แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

1. ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล)

1.1 หน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล) ที่เข้าโครงการโดยมีรูปแบบบริหารจัดการเครือข่ายร้านยาแบบ หน่วยบริการแม่ข่ายจัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคล (รูปแบบที่ 1) หรือ หน่วยบริการแม่ข่ายจัดส่งยาให้ร้านยาในเครือข่ายจัดและจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ของหน่วยบริการแม่ข่าย (รูปแบบที่ 2) หน่วยบริการแม่ข่ายจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 30 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ขอบเขตหน้าที่ของหน่วยบริการ มีดังนี้

- 1) จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย นำส่งร้านยา และบริหารจัดการคลังยาที่ร้านยาร่วมกับร้านยา
- 2) ประสาน ติดตาม และมีการเชื่อมต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการ

(ร้านยา หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการประเภทอื่น)

1.2 หน่วยบริการแม่ข่าย (โรงพยาบาล) ที่เข้าโครงการ โดยร้านยารับผิดชอบในการบริหารจัดการ (จัดหายาทันทีหมดจากร้านยาองค์การเภสัชกรรมหรือจากบริษัทผู้จำหน่าย และการดูแลยาดังกล่าวในคลังร้านยา) (รูปแบบที่ 3) หน่วยบริการแม่ข่ายจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 50 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ขอบเขตหน้าที่ของหน่วยบริการ มีดังนี้

- 1) การให้ความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรับยาที่ร้านยา และคุณภาพยาที่ร้านยา
- 2) คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การส่งไปรับยาที่ร้านยาและคัดเลือกร้านยาใกล้บ้านให้แก่ผู้ป่วย
- 3) วิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription analysis) และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug-related problems) ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมก่อนส่งใบสั่งยาให้ร้านยา
- 4) กำกับติดตาม การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจากการให้บริการที่ร้านยา
- 5) ประสาน ติดตาม และเชื่อมต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการ (ร้านยาหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการประเภทอื่นๆ) โดยอาจจะมีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกล

2. ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยร่วมบริการด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 70 บาทต่อครั้งบริการ และหรือที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีขอบเขตหน้าที่จัดและจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนดอ้างอิงตามประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม

2.1 จัดทำทะเบียนผู้ป่วย (Patient registration) และ เพิ่มประวัติผู้ป่วย (Patient profile)

2.2 ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและ สมุนไพร ประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ให้คำแนะนำการบริหารยา การจัดการเมื่อผู้ป่วยลืมใช้ยา การเก็บรักษา

2.3 การทบทวนประวัติการใช้ยา (Review drug profile) เพื่อป้องกันปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนจากหน่วยบริการหลายแห่ง และการจัดการยาเหลือ และยาหมดอายุให้ผู้ป่วย

2.4 ให้บริการตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีทางเภสัชกรรม และประสานกับโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย

ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ร้านยาเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาและดูแลเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยในโครงการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ผลการให้บริการที่ร้านยา แยกตามหน่วยบริการและร้านยาในโครงการ ของแต่ละเครือข่าย
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการ ณ ร้านยาในเครือข่าย

3. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

เพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการ และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย กำหนดให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการอื่นมีสิทธิได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยรายเก่าที่บ้าน ตามจำนวนผลงานบริการในอัตราไม่เกิน 50 บาท ต่อครั้งบริการ รายละเอียดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

4. ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine)

ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) จำนวน 16.4700 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการที่ความพร้อมในการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและลดความแออัดในการรับบริการ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยการปรับรูปแบบบริการ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงสู่สภาวะ New normal

โดยในระยะเริ่มต้นการดำเนินงานจะมีพื้นที่เป้าหมายนำร่องในหน่วยบริการที่มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อข้อมูลกับ สปสช.ได้

ขอบเขตบริการ

เป็นบริการสาธารณสุขระบบทางไกลจากผู้ประกอบวิชาชีพในหน่วยบริการกับผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยบริการมีอาการคงที่และควบคุมโรคได้ดี โดยการให้บริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด



คุณสมบัติหน่วยบริการที่ให้บริการ

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้
2. มีผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพ หรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. มีมาตรฐานการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลตามประกาศกำหนด

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายให้หน่วยบริการ เป็นค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine) โดยจ่ายตามรายการบริการ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช. กำหนด รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การบริหารจัดการและกำกับคุณภาพบริการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลไกอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่
2. กำกับมาตรฐานการให้บริการและระบบบริการโดยองค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอใจการดำเนินงานในระยะถัดไป โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการที่น่าร่อง องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. ค่าบริการสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด จำนวน 10.0000 ล้านบาท เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้แก่ประชาชน ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ด้านการบริการพยาบาลพื้นฐาน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดในชุมชนที่มีคุณภาพแก่ประชาชน ในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ หลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ผู้ป่วยไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ (Spinal cord injury)
3. ปรับรูปแบบบริการปฐมภูมิ/กายภาพบำบัด ให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงสู่สภาวะ New normal

เป้าหมาย

พื้นที่นำร่องคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และคลินิกกายภาพบำบัด เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในพื้นที่เขตเมืองใหญ่ เขตปริมณฑล และเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออก

2. นำร่องดำเนินการในคลินิกกายภาพบำบัดที่เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในพื้นที่เขตเมืองใหญ่ เขตปริมณฑล และเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออก

ขอบเขตบริการ และคุณสมบัติหน่วยบริการ

1. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

ขอบเขตบริการ เป็นบริการการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามขอบเขตวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในหน่วยบริการและในชุมชน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

คุณสมบัติของหน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้านคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1) เป็นคลินิกการพยาบาลฯ ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

3) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน และเปิดให้บริการ วันละ 4-6 ชั่วโมง และไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

4) มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

5) มีการเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

6) มีความพร้อมของระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของ สปสช.

2. คลินิกกายภาพบำบัด ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

ขอบเขตบริการ เป็นบริการกายภาพบำบัดในหน่วยบริการและในชุมชน โดยเน้นบริการกายภาพบำบัด ในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ผู้ป่วยไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ (Spinal cord injury)



คุณสมบัติของหน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้านกายภาพบำบัด มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1) เป็นคลินิกกายภาพบำบัด ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

3) มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน

4) มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ และให้บริการกายภาพบำบัดตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

5) มีการเชื่อมโยงการบริการกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

6) มีความพร้อมของระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของ สปสช.

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายเป็นค่าบริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์ หรือด้านกายภาพบำบัด โดยจ่ายตามรายการบริการตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการที่ สปสช.กำหนด รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1) กำกับการดำเนินงานของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด โดยหน่วยบริการประจำ

2) พัฒนาศักยภาพพยาบาลและผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด และกำกับติดตามการดำเนินงานของคลินิก โดยสภาการพยาบาล สภากายภาพบำบัด

3) การบริหารจัดการและกำกับคุณภาพบริการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต และกลไกอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

4) ศึกษาประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอการดำเนินงานในระยะถัดไป โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสภาการพยาบาล สภากายภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 8

ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ



ก. วัตถุประสงค์

1. เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตาม โครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1.1 จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม/ป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสียชีวิต และทุพพลภาพ
- 2) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)
- 3) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา-นวัตกรรมที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานที่รัฐสนับสนุน เป็นต้น

1.2 กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ (ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์) ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามผลงานบริการ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น องค์การเภสัชกรรม เป็นต้น
- 2) สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ (Central bargaining) โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่
- 3) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้น หรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า 3 ราย ขึ้นไป

2. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่ายดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหาฯ) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ใน 4 รายการบริการ ดังนี้

- 1) บริการกรณีเฉพาะสำหรับรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) บางรายการ กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาบัญญัติยาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ(2) และ ยารักษาการติดเชื้อวัณโรค
- 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการวัคซีนตามแผนการให้วัคซีนพื้นฐาน วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็ก และยาป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- 3) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ฤๅยงอนามัย และยาที่ใช้ในการนำร่องบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)
- 4) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สำหรับน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข. เงินที่ได้รับ

ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. สปสช.จ่ายเงินกองทุนให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ดำเนินการ จัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษในภาพรวม และสนับสนุน ให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ตามโครงการพิเศษ

2.1 จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2.2 จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชดเชย ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย



3. กรณีจำเป็นให้ สปสช.จ่ายเงินกองทุนตามข้อ 2.1 ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

4. เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

5. กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

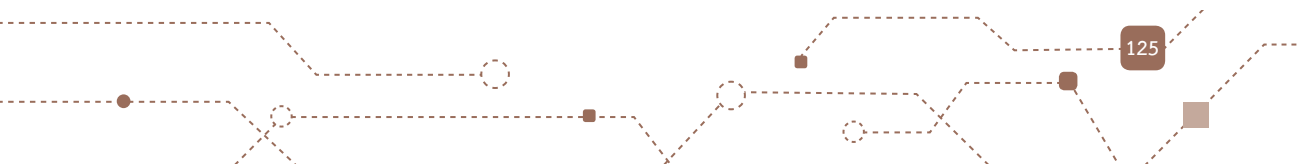
5.1 หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

5.2 หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2564 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับปรุงประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเสนอของงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

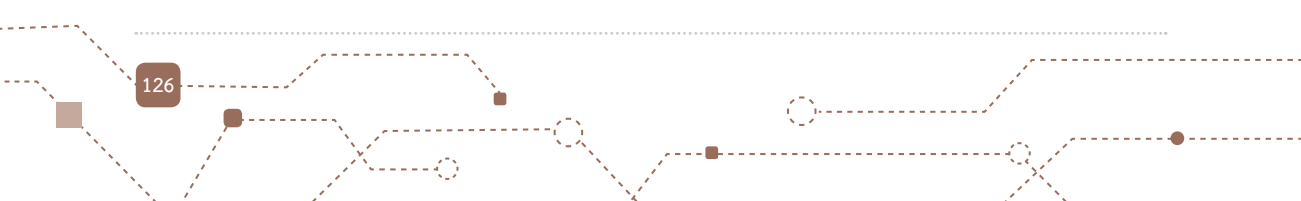
ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย อย่างน้อยทุกไตรมาส

Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines.

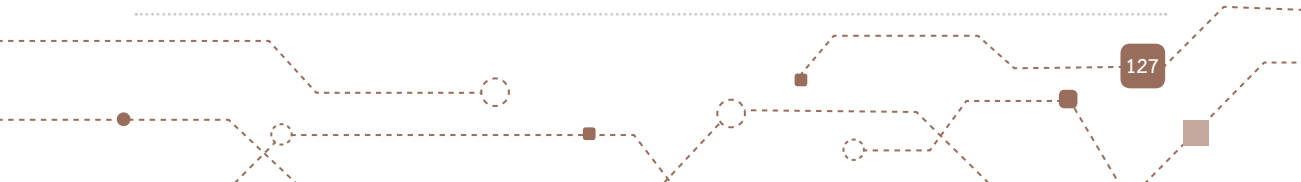


Handwriting practice area with multiple sets of horizontal dotted lines for text entry.

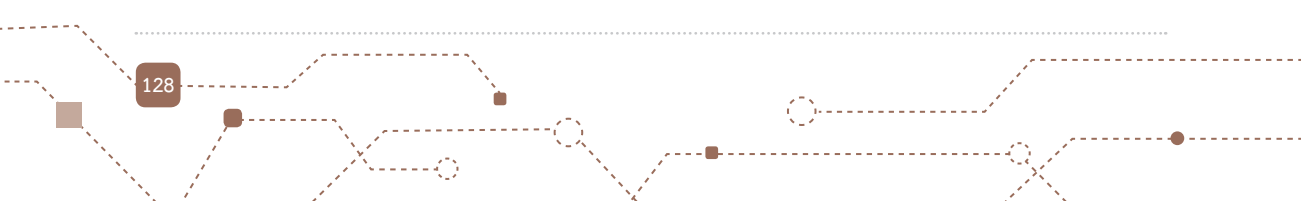




Handwriting practice area consisting of 20 horizontal rows. Each row is defined by a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line.

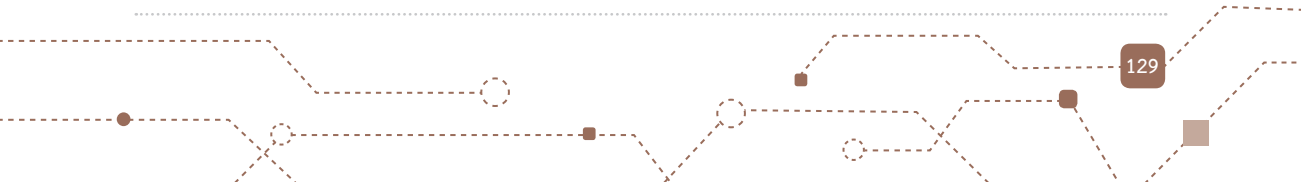


Handwriting practice lines consisting of multiple sets of horizontal dotted lines on a light background.

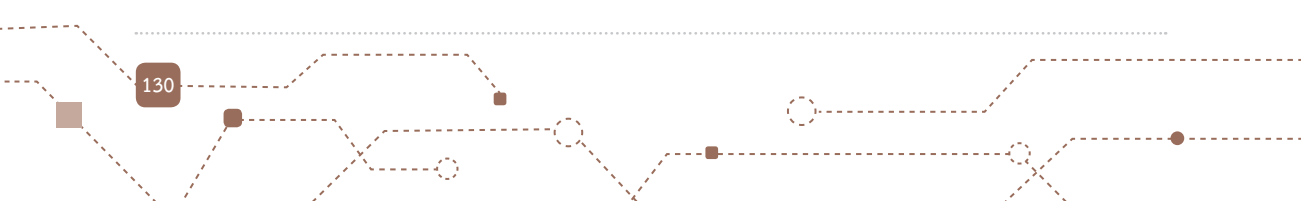




Handwriting practice area consisting of 20 horizontal rows. Each row is defined by a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning most of the page width.





MOVING TOGETHER TO BUILD A HEALTHIER WORLD

UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York

"We, Heads of State and Government and representatives of States and Governments, assembled at the United Nations on 23 September 2019, with a dedicated focus for the first time on universal health coverage, reaffirm that health is a precondition for and an outcome and indicator of the social, economic and environmental dimensions of sustainable development and the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development,..."

Source : Political Declaration of High Level Meeting on UHC



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

