

คู่มือบริหาร
กองทุน
หลักประกัน
สุขภาพ
แห่งชาติ

ปีงบประมาณ
2563

คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2562

จำนวน 15,000 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

คำนำ

The road to UHC เป็นประเด็นสำคัญที่ประเทศต่างๆ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สำหรับประเทศไทยซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี 2545 ก็ยังคงมุ่งมั่นให้ไปสู่การพัฒนาประเทศ ที่จะลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ให้ได้มากที่สุดเพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญไปสู่ประเทศที่มีมั่นคงและยั่งยืน

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหน่วยบริการ เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาวะค่ารักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2563 รายละเอียดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บรรจุไว้ในคู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ส่วนใหญ่เหมือนปีที่ผ่านมา ยกเว้นบางรายการที่ถูกปรับปรุงรายละเอียดเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง นโยบายรัฐบาล สิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้ดียิ่งขึ้น และการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินงานที่ใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่ทำให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระบวนการพิจารณาพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เลื่อนกำหนดเวลาไปหลังวันเริ่มต้นปีงบประมาณ 2563 ตัวเลขจำนวนงบประมาณและเป้าหมายการดำเนินงานที่อยู่ในคู่มือนี้ จึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่จะมีการแก้ไขใช้จริง ต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กันยายน 2562

สารบัญ

บทที่ 1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

7

บทที่ 2 การบริหารงบประมาณบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

21

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 22
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป 27
3. บริการกรณีเฉพาะ 33
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 61
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 70
6. บริการการแพทย์แผนไทย 73
7. บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 75
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข 79
9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 81
10. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 84
11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ
นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
และหน่วยบริการเอกชน 89

บทที่ 3 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

93

บทที่ 4 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

103

สารบัญ

บทที่ 5	การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	109
	1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	110
	2. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	114
บทที่ 6	การบริหารค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	117
บทที่ 7	การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	123
บทที่ 8	ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ	127
ภาคผนวก		133

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563

และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

บทที่ 1

การบริหาร
จัดการกองทุน
หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ
ภาพรวม



บทที่ 1

การบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

1 แนวคิดการบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ปีงบประมาณ 2563 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายการงบประมาณที่ได้รับในปี 2563 จำนวน 8 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดงพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว และ 8) ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ปีงบประมาณ 2561-2562 โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนึงถึงความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 และมาตรา 47 คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2564 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564 ภายใต้นโยบายหลัก ดังนี้

- 1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- 1.2 การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการบริการสาธารณสุข

1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

1.4.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

1.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

1.4.3 เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการ

1.4.4 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหา

1.4.5 เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์

ประเทศไทย ที่สนับสนุนหรือใช้ในการบริการสาธารณสุขที่ภาครัฐพัฒนาได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

1.4.6 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ 2563

1.4.7 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.8 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1.4.9 สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2563 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอขอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

1.4.10 ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณหากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2563 แล้ว ให้ สปสช.จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังมีจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการให้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

2 กรอบงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับคนไทยทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2563 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,600 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 48.2640 ล้านคน

การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2563 แบ่งเป็น 9 ประเภทบริการ โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,251.68
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,371.07
3. บริการกรณีเฉพาะ	359.24
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	452.60
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.43
6. บริการการแพทย์แผนไทย	14.80



ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	2.49
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,600.00

หมายเหตุ: ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2563 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการเกี่ยวข้อง	263,648	3,321.8367
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	68,500	237.0000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		38.0000
รวม	332,148	3,596.8367

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ค่าบริการเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	31,047	4,865.8522
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	21,959	3,940.8618
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	6,587	68.8444
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	172	101.4504
- รับยากดภูมิ (KTI)	2,183	428.4050
รวม	61.426	9,405.4138

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.4 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน โดยปีงบประมาณ 2563 เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้



ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	3,032,195	965.5657
2. บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	12,000	72.0000
รวม	3,044,195	1,037.5657

2.5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นदार พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นदार พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กั้นदार พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. โดยในปีงบประมาณ 2563 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท

2.6 ค่าบริการสาธารณสุขสูงสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ 2563 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,025.5560 ล้านบาท

2.7 ค่าบริการสาธารณสุขสูงเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)

เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข.(5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ 2563 ได้รับงบประมาณจำนวน 268.6400 ล้านบาท โดยจะทำให้

เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

2.8 ค่าชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไขปัญหาค่าวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ที่ใช้เพื่อแก้ไข

เป็นค่าใช้จ่ายทดแทนค่าวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ที่ใช้เพื่อแก้ไข ปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ 2561-2562 ในปีงบประมาณ 2563 ได้รับงบประมาณ จำนวน 27.0090 ล้านบาท โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เงินไปตามบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

3 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2563 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง



หลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2563 มีการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นที่สำคัญโดยสรุป ดังนี้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
1. บริการผู้ป่วยนอก	1.1 การเพิ่มบริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*1502 ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา จ(2) Donepezil สำหรับผู้ป่วย อัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง 1.2 การจ่ายค่าบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA colon) ด้วยวิธี Fit Test รวมไปกับบริการเหมาจ่ายรายหัวในบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	2.1 รวมบริการตรวจยีนยีน CA colon ด้วย Colonoscope/Biopsy/ Polypectomy



รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
	<p>2.2 การเพิ่มรายการจ่ายชดเชยแบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery-ODS) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Minimally Invasive Surgery-MIS) ระหว่างปีได้ภายใต้วงเงินที่มี โดยต้องผ่านกลไกการพิจารณาต่างๆ ร่วมกัน</p> <p>2.3 การกระจายอำนาจให้ระดับเขตกำหนดอัตราจ่ายเงื่อนไขพิเศษระดับเขต ปรับกำหนดการให้แล้วเสร็จภายใน 31 ก.ค. 62 และเพิ่มการรายงานผลการดำเนินงานต่อ อปสข. และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน</p> <p>2.4 การสนับสนุนประสิทธิภาพการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ โดยพัฒนาแจ้งข้อมูลรายการไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) และข้อมูลรายการที่ถูกปฏิเสธการจ่าย (Deny) หรือการติด C และ D และเพิ่มการแนะนำหรือพัฒนาในกระบวนการ Audit เพื่อลดการติด C และ D ทำให้หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยได้รวดเร็วขึ้น</p> <p>2.5 ในปี 2564 อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version 5 รวมทั้งประเด็นผลกระทบหากจะใช้ DRG version 6 ตามความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ</p>
<p>3 บริการกรณีเฉพาะ (CR)</p>	<p>3.1 การปรับแนวทางจัดบริการวัณโรค (TB) ตามนโยบาย Ending TB โดยมุ่งเน้นการค้นหาในกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงสูง และปรับการจ่ายตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม</p> <p>3.2 เพิ่มการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย</p> <p>3.3 การพัฒนาระบบการเทียบเคียงจ่ายค่าหัตถการตามรายการที่ สปสข. กำหนดราคา (Fee schedule) ที่มีอยู่ได้ สำหรับบริการ OP refer ข้ามจังหวัด</p> <p>3.4 การปรับการจ่ายชดเชยจากยาเป็นเงินในรายการยา Clopidogrel (GPO)</p> <p>3.5 การปรับการจ่ายชดเชยรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) จากระบบเดิมที่รวมอยู่ในการจัดหา โดยให้เริ่มจ่ายชดเชยตั้งแต่มีการจ่ายด้วยยาที่จัดหาได้ใน ปี 2562 เป็นต้นไป</p> <p>3.6 การสนับสนุนนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย</p> <p>3.7 ปี 2564 ปรับแนวทางการจ่ายและหรือทบทวนรายการและอัตราค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค</p>

รายการบริการ

รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	<p>4.1 การเพิ่มวัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็ก (Rotavirus vaccine)</p> <p>4.2 การเพิ่มยา Medabon® สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย</p> <p>4.3 การนำร่องการตรวจคัดกรองภาวะ Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ อายุ ≤ 35 ปี</p> <p>4.4 การปรับการจ่ายชดเชยแบบ Fee schedule สำหรับบริการตรวจและป้องกันสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ และเพิ่มรายการบริการเคลื่อนพลูออไรต์ (เด็ก 4-12 ปี) และบริการเคลื่อนหลุมร่องฟัน (เด็ก 6-12 ปี)</p> <p>4.5 การเพิ่มทางเลือกการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test</p> <p>4.6 การเริ่ม PP New model ในเขตพื้นที่ กทม.หรือเขตที่มีความพร้อม</p> <p>4.7 ปี 2564 อาจกำหนดแนวทางการจ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการกับระบบบริการระดับปฐมภูมิในเขตที่มีความพร้อม</p>
5. พื้นฟูฯ	<p>5.1 การปรับแนวทางการบริหารจัดการใหม่ ให้สอดคล้องตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 และการจ่ายตามผลงานบริการ</p> <p>5.2 ปี 2564 อาจกำหนดแนวทางการจ่ายรูปแบบใหม่เพื่อบูรณาการการดูแลผู้ป่วยในชุมชน</p>
6. แผนไทย	6.1 การปรับการจ่ายเป็นการจ่ายตามผลงานบริการ สำหรับบริการการแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพร
7. ค่าเสื่อม	7.1 การปรับปรุงหลักเกณฑ์สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ กทม. ให้เป็นไปตามแผนของสำนักอนามัย กทม. โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสข.
8. จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	8.1 ปี 2564 อาจจะทบทวนหลักเกณฑ์ แนวทาง อัตราการจ่าย เพื่อบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการประเภทบริการต่างๆ
9. การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐ	9.1 ปี 2564 อาจจะมีการปรับปรุงแนวทางการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐโดยจะดำเนินการในขั้นตอนการจัดทำข้อเสนองบประมาณฯขึ้นปี 2564
10. HIV&AIDS	10.1 การนำร่องบริการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP)
11. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	11.1 การเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) และพัฒนาระบบการบริหารจัดการรองรับหากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น



รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
12. บริการควบคุม ป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	12.1 การบริหารจัดการสำหรับ DM type I เป็นระดับประเทศ ส่วนระดับ เขตทำหน้าที่ติดตามกำกับ การเข้าถึงบริการ 12.2 การคำนวณจ่ายให้หน่วยบริการด้วยตัวชี้วัดคุณภาพ (ส่วนกลาง 5 ตัว เพิ่มเติมจากเขตได้ไม่เกิน 3 ตัว) และปรับด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 12.3 ปี 2564 จะปรับแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบของ สปสช.
13. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	13.1 การปรับขอบเขตบริการจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง และเพิ่มความครอบคลุมไปยังทุกสิทธิ และทุกกลุ่มอายุ 13.2 การปรับปรุงประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนท้องถิ่นฯ
14. ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR)	14.1 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเป็นเงินค่าวัคซีนในส่วนที่กรมควบคุมโรค ยืมไปคืนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2563 เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ปีงบประมาณ 2561-2562

4 การกำหนดทิศทางการพัฒนา และปรับปรุงในงบประมาณ 2563-2564



เพื่อให้แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุง ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการพัฒนาต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2561 และ 2562 โดยในแต่ละประเด็นจะมีการวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบ ต่อหน่วยบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ ทิศทางการพัฒนา/ปรับปรุงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุน มีดังนี้

4.1 ข้อเสนอประเด็นพัฒนาที่ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561-2562

- 1) การศึกษากลวิธี/มาตรการเพื่อไม่ให้ประชาชนถูกเรียกเก็บเงินกรณีรายการที่ปรับการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน
- 2) แนวทางการบูรณาการข้อมูลผลงานบริการ ANC ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และสิทธิประกันสังคม
- 3) การประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและวัคซีนโดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ (รพ.ราชวิถี)
- 4) การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสามกองทุน
- 5) ความเป็นไปได้ในการปรับปรุงรายการงบค่าเสื่อมให้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ
- 6) การวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการจ่ายค่าบริการ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

4.2 ข้อเสนอแนะให้มีการศึกษา/พัฒนาเพิ่มเติมในปี 2563

- 1) การถอดบทเรียนกลไก มาตรการการลดจำนวนวันนอน เพื่อพัฒนาข้อเสนอการสนับสนุนด้วยกลไกทางการเงิน
- 2) การพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery-ODS) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Minimally Invasive Surgery - MIS)
- 3) การศึกษาการจ่ายเงินชดเชยบริการ UCEP ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยบริการเอกชนและหน่วยบริการของรัฐ
- 4) การศึกษาต้นทุนบริการคลินิกเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
- 5) การกำหนดประเด็นที่มีแผนปรับปรุงแนวทางการจ่ายสำหรับปี 2564 ดังนี้ การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการรัฐ การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) การบริการในชุมชน การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) การปรับจ่ายเป็นเงินในรายการยา เวชภัณฑ์ ที่พร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นต้น
- 6) การศึกษาทบทวนสิทธิประโยชน์กรณีบริการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะทุกระบบ
- 7) การสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพอนามัยแห่งชาติเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 8) การปรับ Cost index บริการ P&P ที่ใช้ในการปรับอัตราเหมาจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กำหนดปรับตามโครงสร้างอายุ เนื่องจากมีการแยกรายการไปจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

บทที่ 2

การบริหาร
ค่าใช้จ่ายบริการ
ทางการแพทย์
เหมาะสม
รายหัว



บทที่ 2

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2563 รวมงบประมาณสำหรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT Test บริการตรวจคัดกรอง ยีนส์ HLA-B*1520 ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ได้รับจำนวน 1,251.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ
2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 1,251.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว
(1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- 1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยสังกัด สป.สธ. ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย. 62 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิรายเดือน (Point)
- 2) วงเงินรวมขอเขตบริการที่เพิ่มเติม
- 3) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัด โดยอัตราจ่ายคำนวณจาก
 - 3.1) 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ ปรับตามผู้มีสิทธิอายุ 50-70 ปี เพื่อบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 3.2) 1,241.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ
 - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย $\pm 10\%$
 - 20% คำนวณด้วยอัตราเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน
บริการ (9 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิ
- หลักเกณฑ์การจ่าย รวมบริหารในรายการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

การบริหารจัดการ

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราจ่ายต่อประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด โดยอัตราจ่ายที่คำนวณครอบคลุมค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT Test ค่าบริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*1520 ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง โดยมีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายระดับจังหวัด ดังนี้



1.1 จำนวน 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ

คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่มีอายุ 50-70 ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย โดยให้คำนวณจนหมดวงเงิน

1.2 ส่วนที่เหลือ จำนวน 1,241.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ จัดสรรโดย

1.2.1 ร้อยละ 80 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$) 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: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี 2557

1.2.2 ร้อยละ 20 คำนวณตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิ

เท่ากันทุกกลุ่มอายุ

1.3 การคำนวณจ่ายสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนรายเดือน (Point) ในปีงบประมาณ 2563

1.4 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 ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2563

1.5 กรณีผลการตรวจ FIT Test positive ให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับ-ส่งต่อในเครือข่าย เพื่อตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (บริการส่องกล้อง (Colonoscopy) บริการการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)) การเบิกค่าใช้จ่ายการตรวจยืนยันให้เบิกจ่าย ตามหลักเกณฑ์บริการผู้ป่วยใน หรือ ODS ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

2.1 บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ)

2.2 หลักเกณฑ์การจ่ายให้เป็นไปตามหัวข้อที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

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

ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีกั้นเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

6. สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ 1 และอาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการ



จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การจัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก เพื่อคืนข้อมูลกลับไปให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการภายในเขตร่วมกัน
2. จำนวนเป้าหมายและผลงานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วย FIT Test
3. จำนวนเป้าหมายและผลงานบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2563 รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (บริการส่องกล้อง (Colonoscope) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้รับจำนวน 1,371.07 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน โดยในปีงบประมาณ 2563 กำหนดให้มีการบริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,371.07 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ.

บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย:

1. จ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,250 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
2. ถ้าเงินเหลือ จ่ายให้หน่วยบริการ

ส่วนที่เหลือ

Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย: คงใช้ DRG v5

1. การเข้ารับบริการตามมาตร 7 (รวม UCEP) สำรองเตียง การใช้บริการนอกเขต และกรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย และสลายนิ้ว ตามราคาที่กำหนด
2. การใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, ODS และ MIS รวมกรณีที่เขตจะกำหนดอัตราเฉพาะเขต)
 - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
 - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
 - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,250 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW หากไม่เพียงพอให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนเงินที่มี



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. การบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 100 ล้านบาท

กันไว้สำหรับจ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตให้ได้อัตราไม่ต่ำกว่า 8,250 บาทต่อ adjRW หากเงินมีไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด กรณีถ้าเงินเหลือ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการใช้บริการในเขต (รวมบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (OneDay Surgery (ODS)) และบริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Mininally Invasive (MIS)))

2. การบริหารจัดการระดับเขต (ส่วนที่เหลือ)

2.1 แนวทางการคำนวณ Global budget ระดับเขต จะใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 ถึง ธันวาคม 2561 หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงานปีงบประมาณ 2563 ตามแนวทาง ดังนี้

2.1.1 คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ใน แต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ใน แต่ละเขตของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย

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

2.1.3 กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ 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 คุณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

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 ตามผลงานการให้บริการที่หน่วยบริการส่งมาแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2563 ประกอบด้วย

2.2.1 การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตที่ใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

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

2.2.3 การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช.กำหนด จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

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

2.2.5 การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยัง



สถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการ ที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการ ประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

2.2.6 การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำหน้าออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วย เครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จ่ายในอัตรา 6,500 บาทต่อ adjRW

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

2.2.8 จ่ายกรณีที่กำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพบริการ และหรือเพื่อ ให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วประเทศ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใน 31 กรกฎาคม 2562 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช.เขต ติดตามผลการดำเนินงาน รายงานต่อ อปสช.ทุกไตรมาส และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน

2.2.9 การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

1) การใช้บริการภายในเขตฯ จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาท ต่อ adjRW
2) การใช้บริการในเขตฯ กรณีผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาท ต่อ RW

3) การใช้บริการภายในเขตฯ บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาท ต่อ adjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนกำหนด

4) เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ 2563 หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวน ผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.9

5) หาก Global budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอสำหรับจ่ายผลงาน การให้บริการตามข้อ 2.2.9 ที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW สปสช.จะใช้เงินกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ 1 จ่ายเพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น 8,250 บาทต่อ adjRW ซึ่งหากเงิน

กันไว้ไม่เพียงพอที่จะจ่ายให้ครบอัตราที่ 8,250 บาท จะจ่ายเพิ่มเติมให้ตามจำนวนที่มี ทั้งนี้ เงื่อนไขการจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนกำหนด และหากมีเงินคงเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือ เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.2.9

2.2.10 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพथวิทยาหรือและกรมแพथวิทยาอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.11 ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.12 สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สปสช.จะมีการปรับลดค่าแรงตามแนวทางที่กำหนด

2.2.13 การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต แต่ละเขตที่มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ 2.2

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

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

2. สปสช.เขตสามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมามีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษาหรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่ายโดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน



4. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาการให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการ ใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

5. สปสช.ได้จัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยใน เพื่อคืนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการภายในเขตร่วมกัน

3 บริการกรณีเฉพาะ



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

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

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

ว. วงเงินบที่ได้รับ

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2559 วันที่ 1 สิงหาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2563 ค่าบริการกรณีเฉพาะได้รับจำนวน 359.24 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการ ตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. บริการกรณีเฉพาะ จัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
 - 2) กรณีเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
 - 3) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
 - 4) กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
 - 5) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค



รายการย่อยในบริการกรณีเฉพาะแยกประเภทกลุ่ม แสดงตามตาราง

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 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
3. กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
3.1 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument-OP&IP)
3.2 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
3.3 การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal transplantation)
3.4 การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant)
4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
4.1 ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)
4.2 ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ(2), ยา CL, และยากำพรั้า)
5. กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
5.2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)
5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ทั้งนี้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทใน 5 กลุ่ม ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

1.1 เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอาการแรกรับฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามค่านิยมกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 ในกรณีที่เป็นการเข้ารับบริการของคนพิการ ทหารผ่านศึก สามารถเข้ารับบริการตามความจำเป็นทางการแพทย์

1.3 วิธีการจ่ายเงิน จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช. กำหนด

2. การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินทุกกรณี 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 อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยหัตถการที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช. กำหนดรายการบริการ (Fee schedule) ไว้แล้วให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามราคาของรายการบริการที่กำหนดไว้ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

4. ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย อันประกอบด้วยรถยนต์ เรือ และอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ที่เคลื่อนย้ายหรือการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไป



รักษาต่อที่หน่วยบริการประจำในกรณีดูแลรักษาต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ ไม่นับรวมการส่งต่อไปตรวจพิเศษระหว่างนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งจะจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะ และระยะทาง

5. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด โดย

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

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

6. บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ

6.1 บริการกรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม ประกอบด้วย กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ และกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

6.1.1. กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคา ที่ สปสช.กำหนด

6.1.2. กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

6.2 บริการกรณีผู้ป่วยในที่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ 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

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. กำหนดคุณสมบัติหน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่แสดงความจำนงพร้อมทั้งประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (Self Assessment) เพื่อเข้าร่วมเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเร่งด่วน หรือเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยส่งไปพิจารณาที่ สปสช.เขต และผ่านการพิจารณาจาก สปสช.ส่วนกลาง

2. การจ่ายสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) เป็นการชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ โดยต้องทำเอ็กซเรย์สมอง ทั้งก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือมีการทำกายภาพบำบัด หรือการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

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

2. การบริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการรักษาตามมาตรฐานและมีคุณภาพ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการเครือข่ายบริการดูแลรักษาและระบบส่งต่อระดับเขต ให้มีประสิทธิภาพ

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนด
2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด การจ่ายชดเชยกรณีไม่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด และจ่ายชดเชยกรณีรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

3. การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก เป็นบริการผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

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

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาลีอนรางวัลรุนแรง และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นด้วยปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
2. แนวทางการจัดสรรเป้าหมายการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 120,000 ดวงตา ดังนี้

2.1 จัดสรรจำนวนเป้าหมายให้ สปสช.เขต โดยใช้ข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการระดับประเทศในประชากรผู้สูงอายุ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนในระบบ Vision2020thailand ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 กำหนดเป้าหมายไว้ที่ส่วนกลางจำนวนหนึ่งเพื่อจัดสรรเพิ่มกลางปี โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการ 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2563 โดยมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมจากทุกภาคส่วนในส่วนกลางพิจารณา

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

2.4 กรณีเขตพื้นที่ ที่มีความจำเป็นต้องจัดบริการผ่าตัดต่อกระจกมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ให้อุทธรณ์ขออนุมัติเพิ่มเป้าหมายส่วนที่เกิน ภายใต้การพิจารณาของกลไกระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. มายัง สปสช.ส่วนกลาง ภายในเดือนเมษายน 2563

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. จ่ายค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต่อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียม ให้กับหน่วยบริการเฉพาะการบริการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต่อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) เท่านั้น ผู้ป่วยโรคต่อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติ

2. ค่าชดเชยค่าบริการครอบคลุมถึงค่าผ่าตัดต่อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายาและค่าตรวจชั้นสุตที่เกี่วข้องกับการผ่าตัดต่อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต่อกระจก และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

3. การจ่ายชดเชยค่าบริการ การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ 7,000 บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ ข้างละ 5,000 บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ 9,000 บาท

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



ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

แนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก หน่วยบริการที่จะให้บริการหรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต่อกระดูก แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทหน่วยบริการที่รับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

แนวทางพัฒนาระบบบริการผ่าตัดต่อกระดูก

1. ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการพัฒนาระบบบริการด้านจักษุในระดับเขต โดยมีกลไกคณะทำงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบริการผ่าตัดต่อกระดูกที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการด้านจักษุในระดับเขต เพื่อให้เกิดระบบบริการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา รวมถึงการส่งต่อเข้ารับการรักษา

3. สนับสนุนการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต่อกระดูกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง ควบคู่ไปกับการค้นหาและคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาด้านอื่นๆ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการและคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่

4. สนับสนุนการบูรณาการงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการดำเนินการคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาในผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณตามผลลัพธ์การให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกชนิดบอดในผู้สูงอายุ ตามความจำเป็นในแต่ละเขตพื้นที่

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

4.1 การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)

4.2 การแก้ไขการพูดและการได้ยิน จ่าย 3,850 บาทต่อรายต่อปี

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

1.1 จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดานราคาขดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาขดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

1.2 แนวทางการรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าขดเชยอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

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

1.3.1 หน่วยบริการที่จะได้รับค่าขดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วย ที่ให้บริการทำการอุทธรณ์เป็นรายการนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3.2 การจ่ายขดเชยค่าบริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด



1.4 การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ อุปกรณ์ ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการ และได้ประกาศเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

1.4.1 เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือ จัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและ หน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

1.4.2 กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไก ที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้ง การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ

1.4.3 กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มี ข้อบ่งชี้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

1.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

1.6 ในปีงบประมาณ 2564 อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายและหรือหบทวนรายการ และอัตราค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการ ผู้ป่วยในทั่วไปและหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและ ผู้รับบริการ รวมทั้งหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมี การดำเนินการ

2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

เป็นการจ่ายสำหรับการรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

3. การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

3.1 กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคกระจกตาลีธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของ ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

3.2 การจัดการหาคะจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและ บริการกระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสุภาพชาติไทย สปสช.จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราไม่เกินกระจกตาละ 15,000 บาท ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการ ผ่าตัด และหน่วยบริการจ่ายต่อไปกับศูนย์ดวงตาสุภาพชาติไทย

3.3 สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่ เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสุภาพชาติไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชย ค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช.ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim โดย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

4. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ

4.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Heart Transplantation and Pediatric liver transplantation)

เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นโดยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) กรณีที่หน้าตัดตีบตันแต่กำเนิด หรือตีบวายจากสาเหตุอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาค และผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการ และค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันหลังการ ผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ แนวทาง การให้บริการ และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการ เป็นไปตามประกาศฯ พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศ เพิ่มเติม การบริหารจัดการมีดังนี้

4.1.1 หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมี คุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสุภาพชาติไทย และสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช.จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียน ทั้งนี้ จะมีการประเมิน ความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.1.2 ผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.1.3 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบ ฟอรมลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้ หน่วย บริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



4.1.4 การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

4.1.5 แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2 การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยในปีงบประมาณ 2563 มีเป้าหมายจำนวน 110 ราย

4.2.1 ขอบเขตบริการ ผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และ เงื่อนไขบริการ ตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acute myeloid leukemia in remission 2. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกเริ่มมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL 2.2 Second Complete remission 3. Lymphoma <ol style="list-style-type: none"> 3.1. First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2. Hodgkin's disease (HD) ชนิด High risk; Bulky disease และ Stage 4 3.3. Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น Chemosensitive disease 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบ โดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลรอยด์ชนิดเรื้อรัง (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) **

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>4. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ</p> <p>5. Myelodysplastic syndrome ไช้กระดูกผิดปกติ ระยะก่อนเป็นมะเร็ง</p> <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 ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า Liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง Cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>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> <p>** หมายถึง: ข้อ 3.1 และ 3.2 ควรทำใน ระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)</p> <p>4. มะเร็ง Multiple myeloma</p> <p>5. ไช้กระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีปลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia</p> <p>6. ไช้กระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)</p> <p>7. ไช้กระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไช้กระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)</p>



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

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

กรณีที่ต้องกำกับการให้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจเข้าถึงบริการให้สารเมทาโดนระยะยาวทดแทนการใช้ยาเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

โดยจ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตามหลักเกณฑ์ของกรมการแพทย์ และมีแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์การรักษาผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2. ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

ได้แก่ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ยา Clopidogrel และยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า โดยในปีงบประมาณ 2563 อาจเป็นการสนับสนุนในรูปแบบของรายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้นๆ แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8

2.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 24 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 3.75 mg/syringe	- ภาวะ Central precocious puberty
3) Immunoglobulin G Intravenous (IVIG) ขนาด 2.5 g/vial และ 5.0 g/vial	- โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) - โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) - โรค Immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง - โรค Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต - โรค Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง - โรค กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia Gravis, Acute Exacerbation หรือ Myasthenic Crisis) - โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน - โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) - โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment) โรค Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)
4) Docetaxel inj. ขนาด 20 mg/vial และ 80 mg/vial	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือลุกลาม ที่มีปัญหาโรคหัวใจ - มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย - ใช้เป็น Second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small cell ระยะลุกลาม
5) Letrozole tab ขนาด 2.5 mg	- มะเร็งเต้านมที่มี HER 2 receptor เป็นบวก
6) Liposomal amphotericin B inj. ขนาด 50 mg/vial	- โรค Invasive fungal infections (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B inj.
7) Bevacizumab inj.	- Age-related macular degeneration (AMD) - โรค จุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema) - โรค Retinal Vein Occlusion (RVO)



ยาบัญชี จ(2)	ข้อบ่งใช้
8) Voriconazole tab, inj.	- ภาวะ Invasive aspergillosis - ภาวะ Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp.
9) Thyrothropin alfa inj.	- Differentiated thyroid cancer (Papillary and/or follicular thyroid carcinoma)
10) Peginterferon inj. ทั้งรูปแบบ Alpha 2a และ Alpha 2b	- การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (สายพันธุ์ 3)
11) Ribavirin tab	- ใช้ร่วมกับ Peginterferon ในการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (สายพันธุ์ 3)
12) Antithymocyte globulin inj. ชนิด rabbit	- ภาวะไขกระดูกฝ่อรุนแรง (Severe aplastic anemia)
13) Linezolid tab	- ภาวะการติดเชื้อ Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
14) Imiglucerase inj.	- Gaucher syndrome ชนิดที่ 1
15) Trastuzumab inj.	- 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)
19) Factor IX	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
20) Micafungin Sodium Sterile pwdr inj.	- ใช้รักษา Invasive candidiasis ที่คือต่อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ Conventional amphotericin B ได้
21) Rituximab inj.	- Non-Hodgkin lymphoma ชนิด Diffused Large B-Cell Lymphoma (DLBCL)

ยาบัญชี จ(2)

ข้อบ่งใช้

22) Sofosbuvir 400 mg tab	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin
23) Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมในเม็ดเดียว)	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1, 2, 4 และ 6
24) Imatinib 100 mg	- ใช้รักษา Chronic myeloid leukemia (CML) - Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค

ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและหน่วยบริการ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (สามารถ Download แนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ได้ที่ Website บัญชียาหลักแห่งชาติ <http://www.nlem.in.th>) หรือเป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้น กรณียา Docetaxel และยา Letrozole ซึ่งเดิม สปสช.มีการกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงกำหนดให้หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชยยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และเงื่อนไขคุณสมบัติแพทย์ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลได้

สำหรับรายการยาในบัญชี จ(2) 4 รายการ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ(2) ได้แก่

1) Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้สิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

2) Deferasirox tab ซึ่งเป็นรายการยาที่ใช้รักษา กรณี Transfusion Dependent Thalassemia ใช้เป็นยารักษาลำดับแรกในผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี และใช้เป็นยารักษาลำดับที่ 2 ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาด้วยยา Deferiprone หน่วยบริการจะได้รับการสนับสนุนชดเชยค่ายาจากโดยเบิกจากโปรแกรม Thalassemia registry



3) Raltegravir ใช้ร่วมกับ Darunavir ในสูตรยาที่ 3 (DRV/r+RAL+TDF+3TC) ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ล้มเหลวจากการรักษาแล้ว 2 ครั้ง และมีการดื้อยามากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ ดื้อต่อสูตรพื้นฐาน และสูตรที่ 2 ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของประเทศ

4) Donepezil tab เป็นยาในบัญชียา จ(2) ที่ค่าใช้จ่ายด้านยาจัดสรรรวมอยู่ในบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

หมายเหตุ:

1. กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนรายการยาหรือเงื่อนไขและแนวทางกำกับคำสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการกำหนดสิทธิประโยชน์ และแจ้งรายละเอียดให้หน่วยบริการรับทราบเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป สำหรับรายการยาบัญชี จ(2) ที่มีการปรับออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ แต่มีผู้ป่วยที่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาจนครบการรักษา (เฉพาะคำสั่งใช้ต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้ผู้ป่วยจนครบการรักษาตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดไว้เดิม

2. แนวทางการจ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยาบัญชี จ(2) บางรายการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)
ตามบัญชียาหลัก พ.ศ. 2562

รายการยา	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยา
Botulinum toxin type A inj.	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)
Leuprorelin inj.	
Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) inj.	
Liposomal amphotericin B inj.	
Bevacizumab inj.	
Voriconazole (tab, inj.)	
Thyrotropin alfa inj.	
Peginterferon inj.	
Ribavirin tab	
Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj.	
Linezolid tab	
Imiglucerase inj.	
Trastuzumab inj.	
Nilotinib	
Imatinib mesilate tab.	
Dasatinib	
Micafungin Sodium Sterile pwdr inj.	
Rituximab inj.	
Sofosbuvir 400 mg tab	
Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมในเม็ดเดียว)	
Imatinib 100 mg tab	
Factor VIII	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) และ ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
Factor IX	



รายการยา	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยา
Docetaxel inj.	ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชี
Letrozole tab	ยาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) หรือตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2563 กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล
Erythropoietin inj.	ตามแนวทางการบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เงื่อนไขการรับบริการ

1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งชี้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

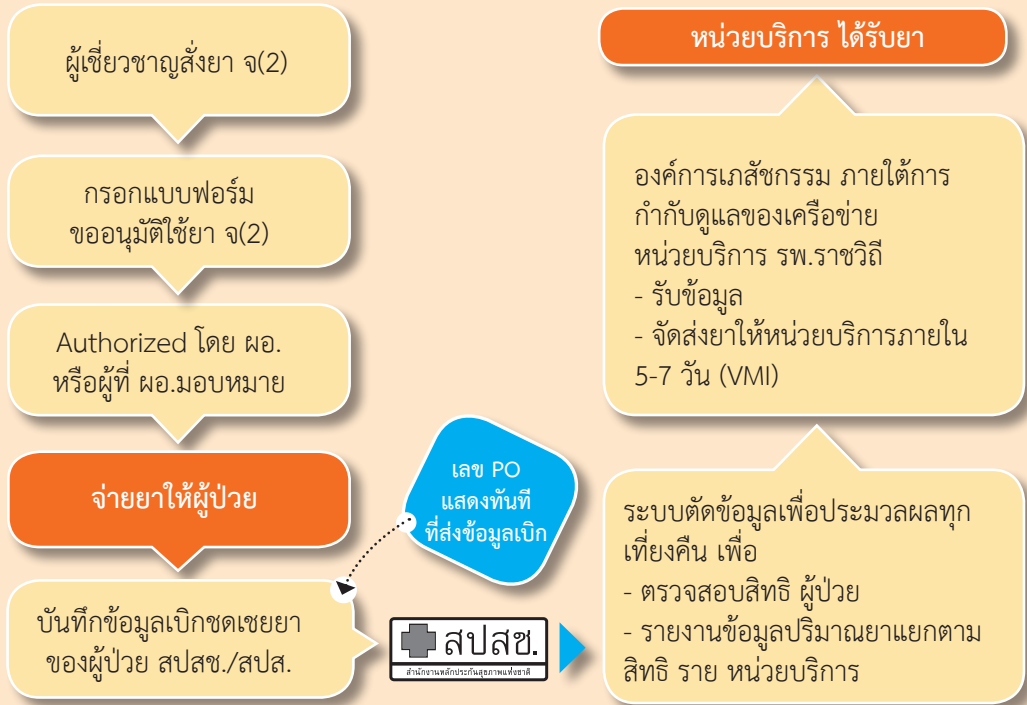
คุณสมบัติของแพทย์ และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลการชดเชยค่ารักษาโรคมะเร็งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการขอชดเชย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 และอ้างอิงแนวทางการกำกับสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ

แผนภาพแสดงแนวทางการจัดการยาบัญชี จ(2) ร่วมกัน



2.2 ยา Clopidogrel

สำหรับยา Clopidogrel การบริหารจัดการในปี 2563 จะมีการปรับแนวทางการจ่าย ตามรูปแบบที่จ่ายเป็นเงิน หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2.3 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า

ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า มีจำนวน 16 รายการ คือ

ลำดับที่	รายการยา	ข้อป่งชี้
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



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

หมายเหตุ:

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

เงื่อนไขการรับบริการ กรณีสนับสนุนเป็นยา

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากำพรั้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากำพรั้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วนฉุกเฉินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งนี้ ยาในโครงการสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดย สปสช. จะดำเนินการหักยอดทางบัญชีกับหน่วยงานต้นสังกัด (กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม) ในภายหลัง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

กรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

สำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และเพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงระดับจังหวัด/เขต เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามระบบ OP/IP ปกติ แบ่งเป็น 2 รายการ ดังนี้

1.1 จ่ายชุดเซดยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferaxirox ตามข้อบ่งชี้ โดยอ้างอิงเงื่อนไขจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.2 จ่ายแบบเหมาจ่าย ภายใต้วงเงิน Global Budget ระดับประเทศ ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในระบบบูรณาการการคัดกรองการตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด <http://nprp.nhso.go.th> (National Perinatal Registry Portal) สำหรับการจัดบริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hematocrit ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปียาขับเหล็กชนิดฉีด คือ ยา Desferrioxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferiprone (L1, DFP)

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563



2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
2. เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
3. สนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรค และวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

ผู้มีสิทธิขอรับบริการสามารถลงทะเบียนเพื่อรับบริการได้ ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ สปสช.จ่ายชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยตามผลงาน ส่วนค่าชดเชยบริการอื่นที่อยู่นอกเหนือจากขอบเขตบริการรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หรือเป็นไปตามประกาศของ สปสช.

หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาวัณโรคต้องเป็นหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือผ่านการประเมินศักยภาพตามที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส HIV ที่เกี่ยวข้อง		2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค		3. บริการกำกับการรักษา	
ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย	ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย	ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
<p>1 บริการยารักษาวัณโรค</p> <p>1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน</p> <p>1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB) 	<p>ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค</p>	<p>1) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค</p> <p>2) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค</p>	<p>บริการกำกับการรักษา (DOP) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน</p>	<p>บริการกำกับการรักษา</p> <p>บริการตรวจสอบเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไขตามที่ สปสช.เขต กำหนด</p>	<p>บริการกำกับการรักษา</p> <p>บริการตรวจสอบเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไขตามที่ สปสช.เขต กำหนด</p>
<p>2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง</p> <p>2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง</p> <p>2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง</p>	<p>- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p> <p>- ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>
<p>3) บริการตรวจหาเชื้อ HIV</p> <p>3.1) บริการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี ELISA</p> <p>3.2) บริการตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยวิธี Western Blot</p> <p>3.3) บริการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี HIV-1 และ 2nd line drug</p> <p>3.4) บริการตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยวิธี HIV-1 และ 2nd line drug</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>
<p>4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีมารักษาและติดตาม</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>



กรอบการบริหารจัดการ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม ประกอบด้วย

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 บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ ≤ 18 ปี

1.2.2 บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ ≤ 18 ปี

1.3. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

1.3.1 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

1.3.2 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค

1.3.3 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drugs

และ Second line drugs)

1.3.4 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

1.4. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

ครอบคลุมกิจกรรมบริการ ได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค บันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ โดยการค้นหาวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค และการค้นหาแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ในปีงบประมาณ 2563 เน้นดำเนินการค้นหาแบบเข้มข้นโดยคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

3. บริการกำกับการกินยา

ครอบคลุมกิจกรรมบริการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การกำกับการกินยาของผู้ป่วย (Directly Observed Treatment: DOT) เพื่อให้กินยาครบถ้วนต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ในระดับประเทศผ่านกลไกคณะทำงานพัฒนาและประเมินผลการบริหารจัดการวัณโรค และระดับเขตผ่านกลไกคณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรคระดับเขต 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)

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการบริการแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีคุณภาพ เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด/เขต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.1 เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3.2 ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด



3.3 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เป็นค่าใช้จ่าย การจัดการบริการสาธารณสุขด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรง แก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

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

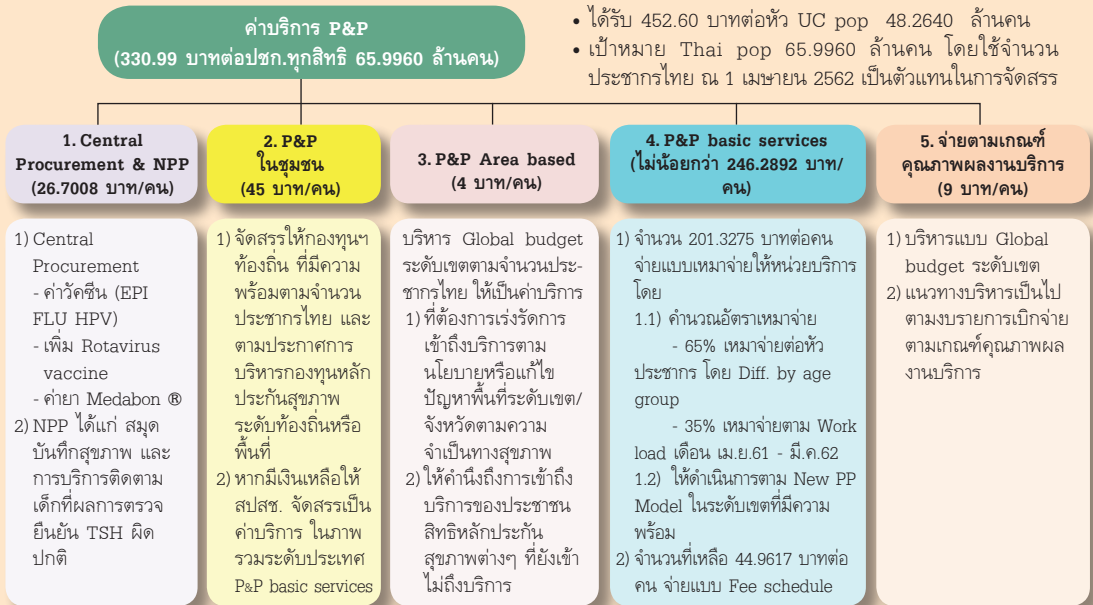
ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้รับจำนวน จำนวน 452.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทย ทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณจำนวน 65.9960 ล้านคน จึงเท่ากับ 330.99 บาท ต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)



ก. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2563 แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 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 26.7008 บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ โดยมีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

1.1 ค่าวัคซีน จ่ายชดเชยเป็นวัคซีน โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาวัคซีนตามแผนความต้องการจัดหา ยาเวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2563 โดยจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการสำหรับคนไทยทุกคน ทั้งนี้ วัคซีนประเภทต่างๆ ได้แก่

1.1.1 วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI) ตามรายการวัคซีนในแผนและวงเงินการจัดหาฯ โดยในปี 2563 รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib)

1.1.2 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Inuenza: 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 กิโลกรัมต่อตาราง เมตร

1.1.3 วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV) สำหรับกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กรณีมีเหตุจำเป็น สามารถฉีดชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และเด็กหญิงไทย อายุ 11-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาในโรงเรียน เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเด็กหญิงไทยที่มีความพิการทางสมอง เป็นต้น

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

1.2 สมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา ตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ



1.3 ค่าบริการให้เด็กที่มีผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง โดยจ่ายให้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อไปดำเนินการติดตามเด็กให้เข้ารับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการในพื้นที่ ตามจำนวนการให้บริการ

1.4 ค่ายา Misoprostal 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด Combination pack Medabon® สำหรับบริการป้องกันยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย จ่ายชดเชยเป็นยา โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนยาให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

สำหรับรายการที่กำหนดในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตาม บทที่ 8

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

จำนวน 45 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

2.1 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตกรุงเทพมหานคร (พชข.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนัก ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

2.2.1 พื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท.ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่น ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ.

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.2.2 พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดำเนินงานให้ค้ำนึ่งถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.)

2.2.3 ค่าบริการตามข้อ 2.2.1 และข้อ 2.2.2 หากมีเงินเหลือ สปสช. จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ในภาพรวมระดับประเทศ

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

จำนวน 4 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ

3.1 จัดสรรให้ สปสช.เขต บริหารจัดการเป็น Global budget ตามจำนวนประชากร-ไทย ณ 1 เมษายน 2562

3.2 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้ค้ำนึ่งถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายระดับเขตฯ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ดังนี้

3.2.1 แผนงาน/โครงการ และจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการ โดย

1) จ่ายตามแผนงาน/โครงการ โดย สปสช.เขต เสนอแผนงาน/โครงการให้ อปสช. เห็นชอบ พร้อมจัดทำนิติกรรมสัญญาหรือขออนุมัติหลักการจ่ายตามแผนงาน/โครงการให้แล้วเสร็จ ภายใน ธ.ค. 2562

2) กรณียังมีเงิน Global budget ระดับเขต เหลือจากแผนงาน/โครงการที่ อปสช. เห็นชอบให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ ภายใน ม.ค. 2563



3) กรณีเงินเหลือจากการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตามข้อ 1) ให้ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2563 ข้อ 48

3.2.2 จ่ายให้หน่วยบริการ และหรือหน่วยงาน 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 และหรือการพัฒนารูปแบบนาร่องการปฏิรูประบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่และการบริหารการจ่าย

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

จำนวนเงิน 246.2892 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนไทยทุกคนในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จ่ายชดเชยผ่านหน่วยบริการประจำ โดยการบริหารจัดการแบ่งเป็น 2 รายการ ได้แก่

4.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย

โดยมีกรอบแนวทางการจัดการ ดังนี้

4.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

จำนวนไม่เกิน 44.9617 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ จ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการ จำนวน 9 รายการ ดังนี้

4.1.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.1.2 บริการฝากครรภ์ (ANC)

1) บริการฝากครรภ์ (ANC) ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 5

2) บริการอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

3) บริการทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ (การตรวจสุขภาพช่องปาก

การขัดและทำความสะอาดฟัน)

4.1.3 การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

4.1.4 การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

1) อายุ 35 ปี ขึ้นไป

2) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีเฉพาะในพื้นที่นำร่อง

4.1.5 การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)

4.1.6 บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุ

น้อยกว่า 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 2563

4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย

จำนวนไม่น้อยกว่า 201.3275 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกสิทธิภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยมีแนวทางบริหารจัดการ ดังนี้

4.2.1 ร้อยละ 65 จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$) จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ฯลฯ) ให้ สปสช.เขต ดำเนินการปรับเกลี้ยให้หน่วยบริการ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชากรไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ และผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

4.2.2 ร้อยละ 35 จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่กำหนด เป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 หรือที่เป็นปัจจุบัน โดยมีรายการบริการ ดังนี้

- 1) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)
- 2) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)
- 3) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
- 4) จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับการซั้่งน้ำหนั้กและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
- 5) จำนวนการได้รับการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป.6 (เข็ม)
- 6) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)
- 7) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

4.2.3 สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน จากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช. ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 สำหรับประชากรไทยอื่น ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเกลี้ยให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

4.2.4 สำหรับกรณี สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน สามารถกำหนดรูปแบบการบริการ วิธีและราคาการเบิกชดเชย โดยอาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) หรือชุดบริการ (Package) ได้ โดยการกำหนดดังกล่าว ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสะท้อนต้นทุนของหน่วยบริการในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการที่ใช้นวัตกรรมความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัล ภายใ้ได้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ./พชช.

5. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จำนวน 9 บาทต่อคน การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการเป็นการบริหารจัดการระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามหัวข้อที่ 9 ในบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เรื่องการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

6. หลักเกณฑ์การจ่ายอื่นๆ

6.1 การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช.หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ

6.2 กรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะเพิ่มเติมได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.3 สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 5 ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

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



5 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุม
2. คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร
คนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และ
ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้รับจำนวน 17.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับ
ผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 17.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1. จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัดฯ ที่มีความพร้อม ตาม
ประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหาร
จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.
2562
2. อัตรารายจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย
3. ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับ
คนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุน
ฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกการใช้
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ค่าบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และ
อื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด

จ่ายตามผลงานบริการ

(ส่วนที่เหลือ ไม่น้อยกว่า 12.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- บริหารจัดการระดับประเทศ ครอบคลุมบริการ
1. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูฯ
จังหวัด)
 2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็น
ต้องฟื้นฟูฯ คนพิการ ผู้สูงอายุ โดยเป็นบริการในหน่วยบริการ
 3. กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุม
บริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่
สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัดดำเนินการ
ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และค่าบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

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 ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

1.4 กรณีหากจ่ายค่าบริการตามข้อ 1 แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช.จัดสรรเป็นค่าบริการตามข้อ 2

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จ่ายให้หน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 12.43 บาทต่อผู้มีสิทธิจ่ายให้กับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมบริการ ดังนี้

2.1 ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช.กำหนด (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด)

2.2 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ที่ สปสช.กำหนด

2.3 กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน



ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2.4 ในปีงบประมาณ 2564 อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน บริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือ ในชุมชน และบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สพสช.เขต กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ตามผลผลิตและผลลัพธ์ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
2. รายงานผลการดำเนินงานด้านการเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด รายงานรายรับ-รายจ่าย การดำเนินการกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด

6 บริการการแพทย์แผนไทย



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 14.80 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการการแพทย์แผนไทย 14.80 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee Schedule)

1. บริการนวด
2. บริการประคบ
3. บริการนวดและประคบ
4. บริการอบสมุนไพร
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย
6. การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การบริหารจัดการ

1. เป็นการจ่ายเพิ่มเติม (On Top) จากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภท **บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป** เพื่อการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยบริหารการจ่ายระดับประเทศ ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ดังต่อไปนี้



- 1.1 บริการนัด
- 1.2 บริการประคบ
- 1.3 บริการนัดและประคบ
- 1.4 บริการอบสมุนไพร
- 1.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย
- 1.6 การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

2. จ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ดังนี้

2.1 จ่ายให้หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามรายการบริการ (Fee schedule) ได้แก่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

2.2 จ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามรายการบริการ (Fee schedule) ด้วยระบบ Point system with ceiling ภายใต้วงเงินที่ได้รับจัดสรร (Global Budget) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ จะจ่ายผ่านหน่วยบริการประจำ

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

กำกับติดตามการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมถึงการจัดส่งข้อมูลบริการที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร่วมกับกลไกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ร้อยละหน่วยบริการที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย ตามรายการที่กำหนด

7

ค่าบริการทางการแพทย์ ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อจัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

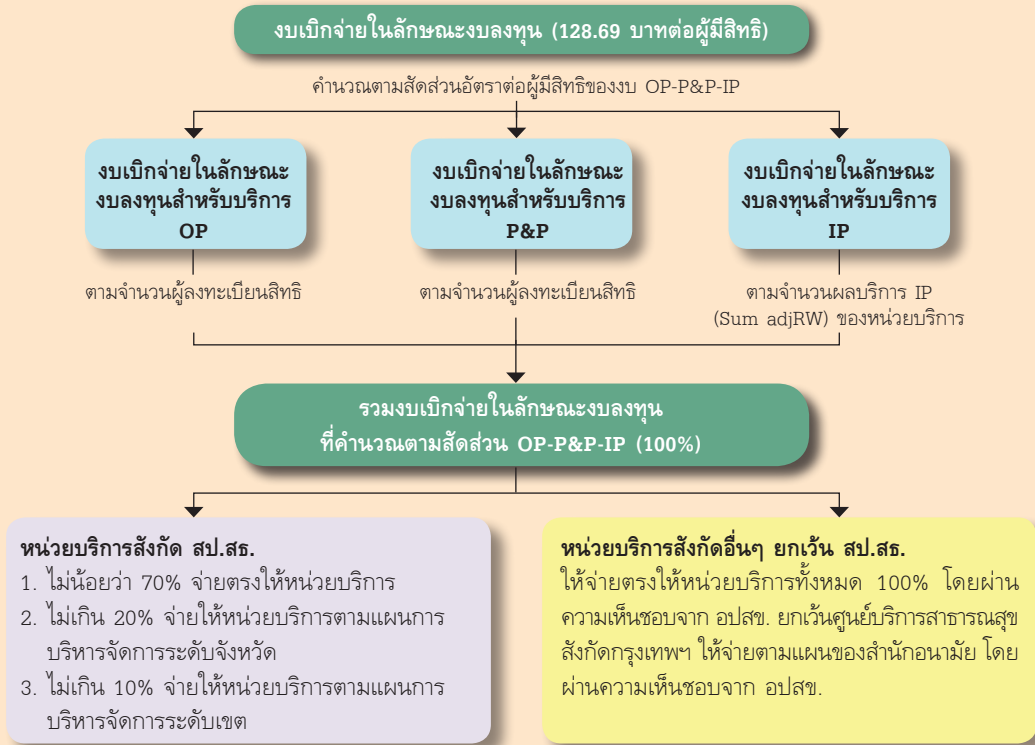
ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน



ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

1. หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน

1.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2563 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

1.2 กรณีที่มีหน่วยบริการประจำลาออก และมีการโอนย้ายประชากรให้หน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2563 ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการประจำที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

1.3 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ในปีงบประมาณ

2. การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจัดสรรค่าบริการ

เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นการจ่ายชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการ ในปี 2563 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 48.2640 ล้านคน ผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการมีดังนี้

- 2.1 สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 52.38 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.2 สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 18.94 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.3 สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 57.37 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. การคำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เป็นรายหน่วยบริการ มีการบริหารจัดการ ดังนี้

3.1 เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น 2 กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562 คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับกลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.2 เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562) 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

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

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

จ. 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

การบริหารเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย จากการให้บริการสาธารณสุข



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ผูกมัด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ได้รับจำนวน 2.49 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. ผู้รับบริการ

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

1.2 ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และตามคู่มือ “แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41” ที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้จัดทำขึ้น และ ตามคู่มือ “ดำเนินงานมาตรา 41” สำหรับ



ฝ่ายเลขานุการ ที่สำนักกฎหมาย จัดทำขึ้น โดยสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช.
<http://law.nhso.go.th>

2. ผู้ให้บริการ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.) โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. เป็นการติดตามเพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่วนกรณีผู้ให้บริการ เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ตามคำสั่ง คสช.

2. สปสช.เขต สรุปรูปข้อมูลผลการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (คณะอนุกรรมการฯ) ระดับจังหวัด และคณะอนุกรรมการฯ ระดับเขต ในเขตพื้นที่รับผิดชอบส่งให้สำนักกฎหมายเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (กรณีผู้รับบริการ) และรายงานต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย (กรณีผู้ให้บริการ) ทราบ

3. สำนักกฎหมายดำเนินการตรวจทานผลการพิจารณาวินิจฉัย หากมีประเด็นที่อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จะประสานแจ้งฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการฯ เพื่อให้มีการทบทวน

4. จัดให้มีการสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนากระบวนการพิจารณาวินิจฉัยให้มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานเดียวกัน



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

งบสำหรับการบริหารจัดการการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วน ได้แก่

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 65.9960 ล้านคน
3. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.2640 ล้านคน

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต และจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่ 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. ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 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 2563 กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ดังนี้
 - 1.3.1. ตัวชี้วัดกลาง จำนวน 6 ตัว โดยตัวชี้วัดที่ 1 - ตัวชี้วัดที่ 5 เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2562 และมีการปรับวิธีการวัดในตัวชี้วัดที่ 6 ได้แก่
 - ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
 - ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
 - ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
 - ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
 - ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก
 - 5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

ตัวชี้วัดที่ 6: อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษา
แบบผู้ป่วยนอก (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 2563

ทั้งนี้ รายละเอียดตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดระดับเขต สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก
รายละเอียดแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2563

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

3. หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขตให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำ
ตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นจาก อปสข.

4. ปีงบประมาณ 2564 จะมีการทบทวนหลักเกณฑ์ แนวทาง อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผล
“การดำเนินงานงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”
มาประกอบการพิจารณา

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดงบจ่ายตาม
เกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

2. การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนด

3. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน
ส่งเสริม กำกับและติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไก อคม. และคณะกรรมการ
ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

4. การประเมินผลการดำเนินงาน งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยหน่วยงาน
วิชาการภายนอก สปสช.



10 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรเงิน ภายใต้หลักการสำคัญ ดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ โดย

- 2.1. ให้ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ

- 2.2. ให้มีการกั้นเงินเพื่อบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และกั้นเงินสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

- 2.3. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับการจัดสรรเงินที่ได้ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต)

- 2.4. ให้มีการประกันรายรับขั้นต่ำของหน่วยบริการ

- 2.5. ให้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดสรรช่วยเหลือเป็นการเฉพาะ

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

การประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการ

ผู้ป่วยใน ก่อนที่จะมีการกันเงินตามเกณฑ์ของ สป.สธ. และจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของ สป.สธ. (Step ladder และการกำหนดค่า K) จำนวนดังนี้

1. เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวนวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2563 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562

2. เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

2.1. จำนวนวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2563 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2562

2.2. จำนวนวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562

3. ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 ด้วยข้อมูลผลงานบริการเดือนมกราคม 2561 - ธันวาคม 2561

3.1. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW

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

3.3. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

4. ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายบุคคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.



ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. การกันเงินไว้ปรับเกลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปีงบประมาณ 2563 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2562

3. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

4. การประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2563 เป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5. แนวทางการปรับเกลี่ยเงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต

5.1. ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยบริการ เพื่อไม่ให้กระทบกับการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย จึงจำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด

5.2. ให้ใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณาจ่ายและรายรับที่เหมาะสมของหน่วยบริการ ข้อมูลทุนสำรองสุทธิ และหรือต้นทุนบริการ โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการคำนวณ ให้มีการตรวจทานจากหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ทุกระดับในเขต

5.3. กลไกการปรับเกลี่ย ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานร่วมๆ ระดับเขต และให้เสนอ อปสข. พิจารณา

6. การบริหารจัดการเงินกันแบบบัญชีเสมือน (Virtual account)

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

6.1. การกันเงิน Virtual account สามารถกันได้ 2 วัตถุประสงค์

6.1.1. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด โดย สปสช.จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูล que เรียกว่าผ่านโปรแกรม e-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนดจากเงินกัน Virtual account

6.1.2. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามาถึง สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

6.2. การบริหารการจ่ายเงิน Virtual account

6.2.1. กรณีเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช.จะประสานแจ้งให้ สปสช.เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อที่จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อแทน

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

ปีงบประมาณ 2564 จะมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจะดำเนินการในขั้นตอนการขอรับงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2564



ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

การกำกับติดตามและประเมินผล การจัดสรรเงินและการปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการเงิน การคลังของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ดำเนินการผ่านกลไกของคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และ รายงาน อปสข.ทุกไตรมาส

11 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน



ก. วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 สปสช.จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) สำหรับกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ภายใต้หลักการดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2563 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2563 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 ในการคำนวณจัดสรร รวมทั้ง การจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2563 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต



ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้
 - 1.1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2563 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน
 - 1.2. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)
 - 1.2.1. จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2563 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน
 - 1.2.2. จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 ในการคำนวณจัดสรร
 - 1.2.3. จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
 - 1.3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,250 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 และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic Services) ในสัดส่วนร้อยละ 32 ของรายรับ และปรับลดค่าแรงสำหรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะบริการภายในเขตในสัดส่วนร้อยละ 28 ของรายรับ
2. สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร
 - 2.1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สามารถปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

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

2.3. งบประมาณผู้ป่วยในบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตาม ข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,250 บาท ต่อ adjRW กรณีรักษาภายในเขต

2.4. การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

ปีงบประมาณ 2564 จะมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการ ของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจะดำเนินการในขั้นตอนการขอรับงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ 2564

บทที่ 3

การบริหาร
ค่าใช้จ่ายบริการ
ผู้ตกเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วย
เอดส์



บทที่ 3

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



ก วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์
2. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
3. ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
4. ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ติดเชื้อ

และผู้ป่วยเอดส์เพิ่มการเข้าถึงการบริการของกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อโรคให้กับผู้อื่น



ข วงเงินงบที่ได้รับ

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว วงเงินงบประมาณตามบทที่ 1 ในปีงบประมาณ 2563 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อบริการ ประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง
 2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ



ค

แนวทางการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางในการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2) การตรวจวินิจฉัยตรวจหาเชื้อเอชไอวี	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV) โดยสมัครใจ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV)	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.2) บริการให้คำปรึกษา	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
3.3) ฉุกเฉินอนามัย	
4) สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4.2) ฉุกเฉินอนามัย	
5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (Hep C)	หลักเกณฑ์ วิธีการ ฉุกเฉินฯ และอัตราที่ สปสช. กำหนด

2. บริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี

- 1) บริการตามชุดบริการ: จ่าย
เหมาจ่ายค่าบริการ ตาม
กลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ
ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
ฉุกเฉินฯ และอัตราที่ สปสช.
กำหนด และตามคำสั่ง สปสช.
ที่ 37/2559
- 2) บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีที่มีปฏิบัติงานในศูนย์องค์
รวมร่วมกับหน่วยบริการ
การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตาม
หลักเกณฑ์ วิธีการและ
ฉุกเฉินฯที่ สปสช. กำหนด
และตามคำสั่ง สปสช. ที่ 37/
2559
- 3) นำร่องบริการป้องกัน
ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการ
สัมผัสเพื่อ Pre-Exposure
Prophylaxis: PrEP)

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
พัฒนาคุณภาพการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ (Quality Improvement: QI)	จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานบริการ หลัก เกณฑ์ ฉุกเฉินฯ เป็นไป ตามที่ สปสช. กำหนด



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่น

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017)

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 บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือด 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. สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ

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

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1. แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8

2. แนวทางการจ่ายค่าบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ อัตราการชดเชย ตามที่ สปสช.กำหนด หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

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



กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ และอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย โดยคณะทำงานร่วมระหว่าง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ การกำหนดชุดบริการเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และ ความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา

ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรหลัก (Key Population) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี และบริการถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีกิจกรรมหลัก 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 การค้นหาผู้มีความเสี่ยง การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การพบปะประชุมกลุ่มย่อยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ

3. นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ครอบคลุมการให้คำปรึกษาการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามเพื่อรับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยนำร่องบริการในกลุ่มเสี่ยงสูงทุกกลุ่มในพื้นที่ที่มีความพร้อม ทั้งนี้ ควรมีการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนับสนุนให้มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างกว้างขวาง

รวมถึงและการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควบคู่ไปกับการณรงค์สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประสิทธิภาพของการป้องกัน และ ไม่ทำให้พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยลดลง หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น

แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตาม คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงินการรักษาเงิน 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.คู่สัญญาที่รับดำเนินงาน ตามข้อตกลง/สัญญา ดำเนินงานตามโครงการ/โครงการ

2. บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/ หน่วยงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง คสช.คู่สัญญาที่รับดำเนินงาน ตามข้อตกลง/ สัญญาดำเนินงานตามโครงการ

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

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่เข้ารับบริการให้การ บริการและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ได้รับการบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพมากขึ้น



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

ขอบเขตบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แนวทางการบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ

เพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยบริหารวงเงินระดับเขต และให้ สปสช. เขตพิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ทั้งนี้ แนวทางการจัดสรรให้หน่วยบริการให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และหรือ คณะทำงานวิชาการด้านเอดส์และวัณโรค ระดับเขต แล้วแต่กรณี โดยมีเงื่อนไขตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ดังนี้

ตัวชี้วัดกลาง กำหนดให้ทุกเขตใช้เป็นเกณฑ์ในการวัด คือ

1) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ได้รับยาต้านไวรัส

ตัวชี้วัดระดับเขต ให้ระดับเขต พิจารณาเลือกเพิ่มอย่างน้อย 1 ตัว มีดังนี้

1) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่สามารถลด

ปริมาณไวรัสลงได้ 1,000 Copies/ml

2) ค่ามัธยฐานของ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังได้รับการวินิจฉัย

3) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

4) ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา



๗

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ด้านคุณภาพบริการ ตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม มีดังนี้

- 1) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส
- 2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัส

ลงได้ 1,000 Copies/ml

- 3) ค่ามัธยฐานของ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการวินิจฉัย
- 4) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 5) ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา

บทที่ 4

การบริหาร
ค่าใช้จ่ายบริการ
ผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรัง



บทที่ 4

การบริหารค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

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



ก วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ
 2. ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัวจากค่าใช้จ่ายในการรับบริการบำบัดทดแทนไต
 3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จัดระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
- การบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ครอบคลุมการให้บริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI) โดยเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม โดยในปี 2563 เริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

๕ ๖ ข วงเงินงบที่ได้

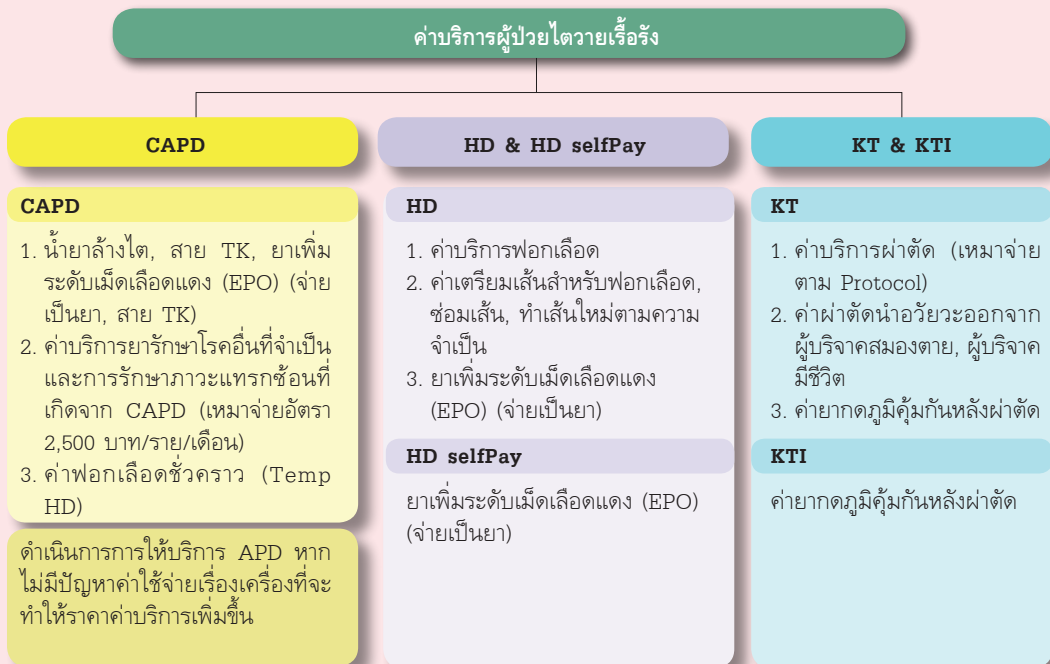
งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์ เหม่าจ่ายรายหัว วงเงินงบประมาณตามบทที่ 1 โดยในปีงบประมาณ 2563 จัดสรรเป็นงบประมาณ เพื่อการบริการบำบัดทดแทนไต ตามรายการ ดังนี้

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI)

ทั้งนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการ ได้ตามผลงานของระบบบริการ

๕ ๖ ค แนวทางการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ



การบริหารจัดการ

1. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การลงทะเบียนผู้ป่วย และการชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2. แนวทางการรับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามบทที่ 8 กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)

1.1 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยให้มีกลไกคณะกรรมการหรือคณะทำงานในการพัฒนาระบบบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.2 ในปี 2563 เริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติจะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น ในพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านระบบบริหารจัดการ และระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ดังนี้

1.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร คัลยแพทย์วางสาย 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) สำหรับผู้ป่วยไตวาย ระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรือมีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดโดยเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

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

4. บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการปลูกถ่ายไต เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึง ค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม



การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2563 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) ที่มีค่าเฉลี่ยของ

ระดับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร

บทที่ 5

การบริหาร
ค่าใช้จ่ายบริการ
ควบคุม ป้องกัน
และรักษาโรค
เรื้อรัง



บทที่ 5

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นมา เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ก. วัตถุประสงค์

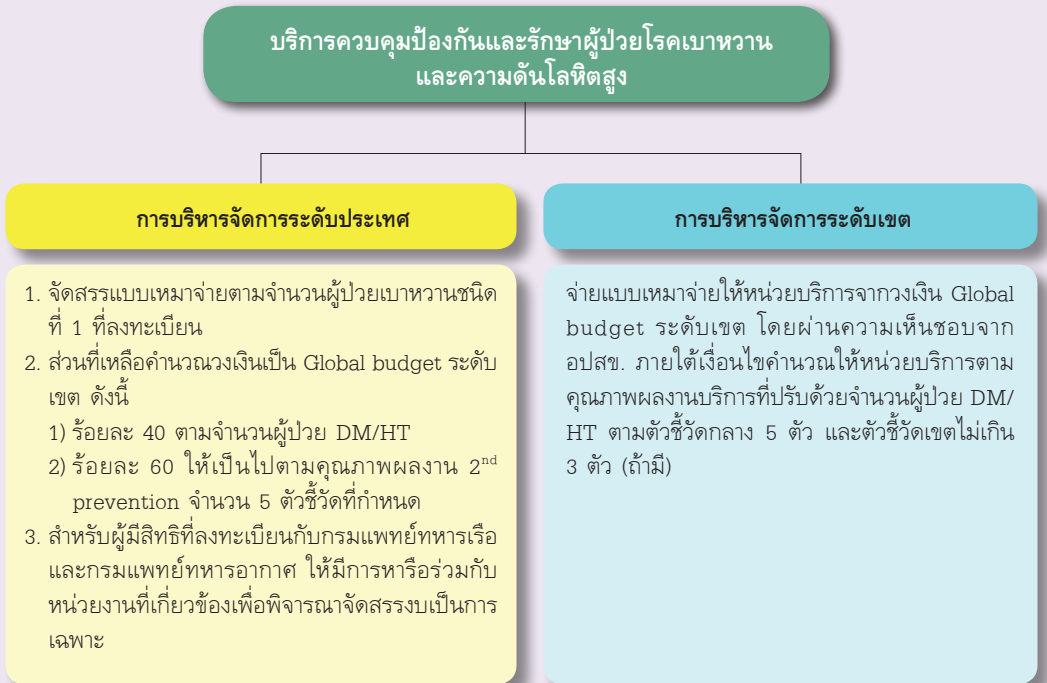
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ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

ว. งบประมาณที่ได้รับ

บบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว งบประมาณประมาณตามบทที่ 1

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

1. การบริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศ

1.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามแนวทางการบริหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetic self Management program) รายละ 13,636 บาท ให้แก่หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพเข้าร่วมบริการรักษาเบาหวาน ชนิดที่ 1 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเหมาจ่ายเต็มจำนวน หลังหน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน



ชนิดที่ 1 ในโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM เป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย เป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1.1 ค่า Diabetic self management education 11 module (DSME)

1.1.2 ค่าแผ่นตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง Self Monitoring Blood Glucose (SMBG) พร้อมเครื่องตรวจ

1.1.3 ค่าตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, LDL, Microalbuminuria, ตรวจตาและตรวจเท้าอย่างละเอียด

1.2 กำหนดเงินแบบ Global budget ระดับเขต สำหรับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ สปสช.เขต ดังนี้

1.2.1 ร้อยละ 40 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2562

1.2.2 ร้อยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/e-Claim) สปสช. จำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2562 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 เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการต่อไป

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

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

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

3. การบริหารการจ่ายจัดสรรงบบริการเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ กรมแพทยทหารอากาศและทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ/ คณะทำงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาการจัดสรร

ในปี 2564 จะมีการปรับแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบของ สปสช.

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจั้ดบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช. มีกลไก คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ในปี 2563 สปสช. จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การกำกับติดตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผ่านโปรแกรม Thai-DS-MP 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) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ

2

บริการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดเพิ่มเติมการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

วัตถุประสงค์

- 1.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
- 1.2 ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำใน รพ.ของผู้ป่วยเป้าหมาย
- 1.3 มีการจัดระบบบริการจิตเวชระหว่างหน่วยบริการรับส่งต่อ-หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

เป้าหมาย

เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

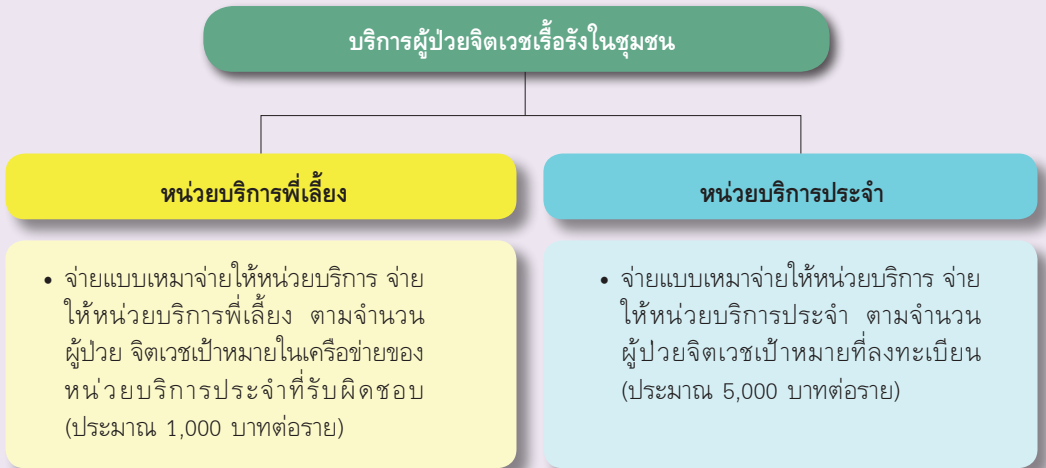
- 2.1 ผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก F20-F29 ที่เข้าเกณฑ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องใกล้ชิด (High risk) และไม่ซ้ำรายเดิมที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง หรือเป็นเป้าหมายในปีที่ผ่านมา
- 2.2 เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม Serious Mental illness with Violence: SMIV ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
- 2.3 เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน
- 2.4 ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ อาจถูกกลั่นแกล้ง จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

ว. งบเงินงบที่ได้รับ

งบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นงบประมาณที่ได้รับเพิ่มเติมแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว งบเงินงบประมาณตามบทที่ 1

ค. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยงตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ได้รับการลงทะเบียนในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชน
2. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้นตามจำนวนการให้บริการผู้ป่วยที่ลงทะเบียน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563



ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การจัดสรรผู้ป่วยเป้าหมายของ สปสช.เขต
2. ผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมายเข้าถึงบริการ และภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 อัตราผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบ (Relapse) หรืออาการไม่ดีขึ้น ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2.3 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจากอาการกำเริบ (Relapse) ในโรงพยาบาล (Readmission rate) ลดลงไม่เกินร้อยละ 8

2.4 ผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามแผน โดยประเมินจากคะแนนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 10 ด้าน ในแต่ละด้าน มีคะแนน 1 มากกว่าร้อยละ 80 และคะแนน 3 ไม่เกินร้อยละ 5

บทที่ 6

การบริหาร
ค่าบริการ
สาธารณสุขสำหรับ
ผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงที่มีภาวะ
พึ่งพิงใน
ชุมชน



บทที่ 6

การบริการค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้พ่วยติดบ้านติดเตียงที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ก วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้พ่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) ที่เป็นประชาชนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้พ่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์



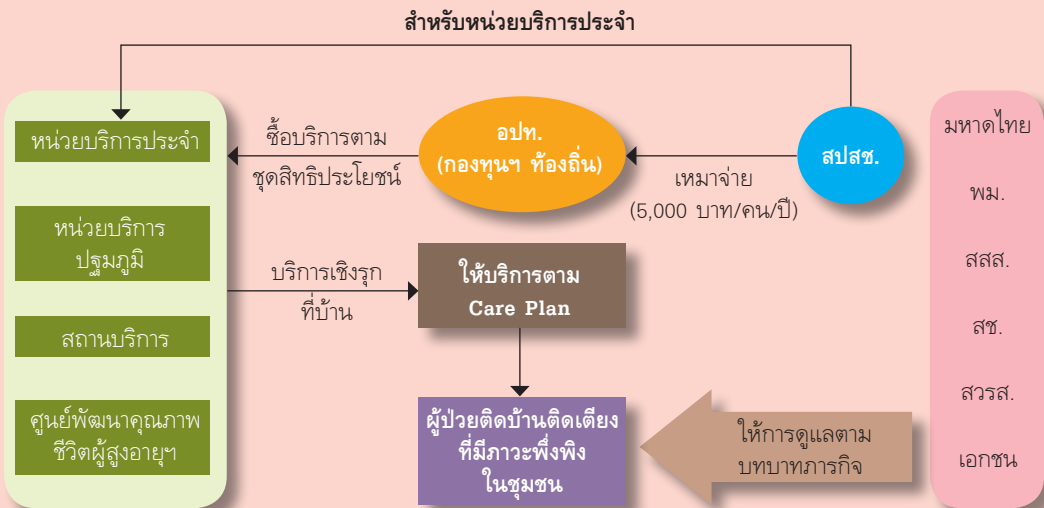
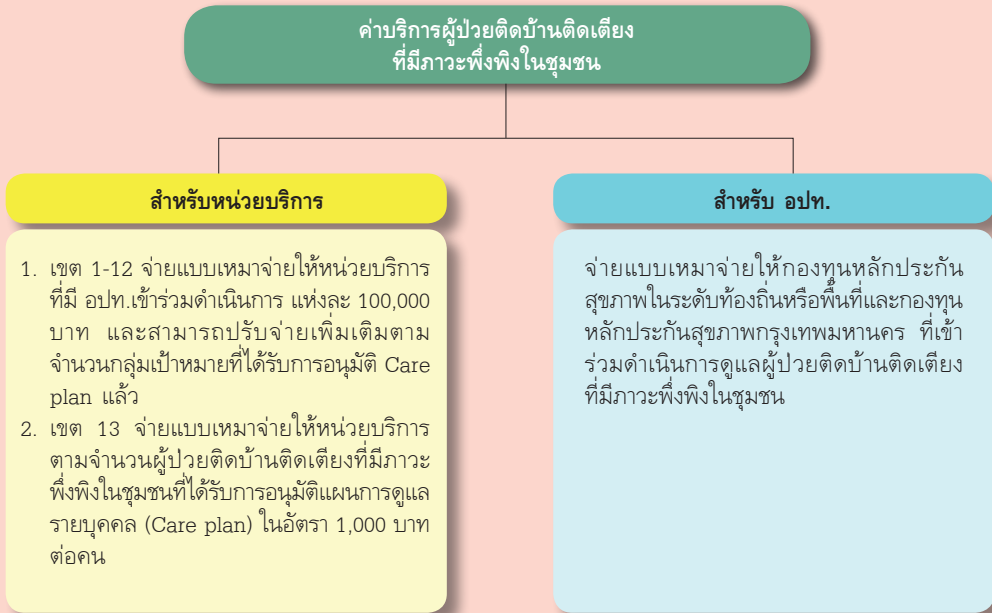
ข วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้พ่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว วงเงินงบประมาณตามบทที่ 1 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพผู้พ่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย



ค แนวทางการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการ

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ





การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้พลัดบ้านตึกเตี้ยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ปล่อยให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

1. หน่วยบริการ

1.1 จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้พลัดบ้านตึกเตี้ยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแห่งละ 100,000 บาท และจะจ่ายเพิ่มเติมตามจำนวนผู้พลัดบ้านตึกเตี้ยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

1.2 จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ตามจำนวนผู้พลัดบ้านตึกเตี้ยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในอัตรา 1,000 บาทต่อคน

ขอบเขตการดำเนินงาน มีดังนี้

1) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท.ดำเนินการคัดกรองประชาชนในพื้นที่ทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 4 กลุ่ม และประเมินความต้องการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งให้ลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC)

2) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ท้องถิ่น

2. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้พลัด บ้านตึกเตี้ยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ 1 ถึง 2 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการ ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอนค่าบริการ (เหมาจ่าย 5,000 บาทต่อคนต่อปี) ให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563



๗ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. ตัวชี้วัด: อัตราผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการตาม

Care plan =

จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท.โอนค่าบริการ
ให้หน่วยจัดการปี 2563

จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท.
ที่ได้รับค่าบริการ จาก สปสช. ปี 2563

x 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) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง

- 4) การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความ

จำเป็น

- 5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช.เขต

บทที่ 7

การบริหาร
ค่าบริการ
สาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับการบริการ
ระดับปฐมภูมิที่มี
แพทย์ประจำ
ครอบครัว



บทที่ 7

การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข.(5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” สปสช.จึงสนับสนุนงบประมาณ เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ก วัตถุประสงค์/เป้าหมาย



1. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างมีคุณภาพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเปราะบางหรือเข้าไม่ถึงบริการ
3. เพิ่มคุณภาพและบริการแบบไร้รอยต่อ

โดยมีเป้าหมาย คือ จำนวนบริการผู้ป่วยนอกในลักษณะคลินิกหมอครอบครัว ที่เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 730,000 ครั้ง (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 584,000 ครั้ง และกรุงเทพมหานคร 146,000 ครั้ง)

ข วงเงินงบที่ได้รับ

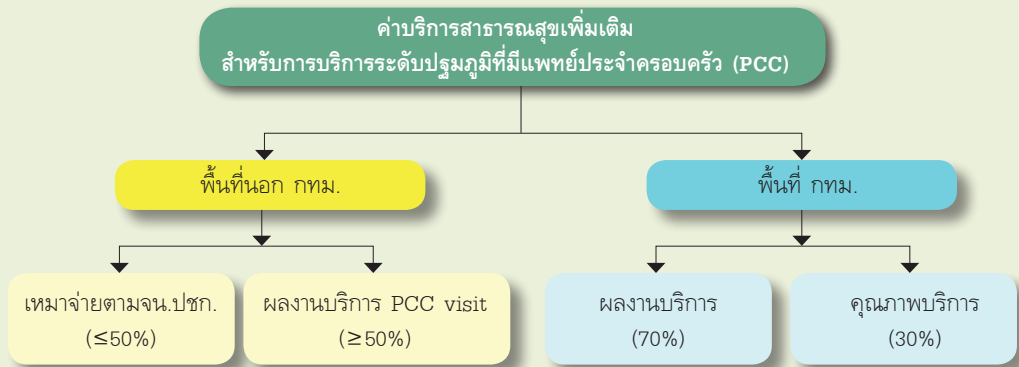


ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว วงเงินงบประมาณตามบทที่ 1 ซึ่งครอบคลุมทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ค แนวทางการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการ



กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ดังนี้

1. สำหรับหน่วยบริการนอกเขตกรุงเทพมหานคร จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) ที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยมีการจัดสรร ดังนี้

1.1 ไม่เกินร้อยละ 50 จัดสรรให้แก่คลินิกหมอครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียน ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 โดยเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คลินิกหมอครอบครัวนั้นรับผิดชอบ ใช้ข้อมูลประชากร ณ 1 เมษายน 2562

1.2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จ่ายตามรายบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว และหรือตามผลงานบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว ตามที่ สปสช. กำหนด

2. สำหรับหน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว และให้แนวทาง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้



2.1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จ่ายตามรายการบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว และหรือตามผลงานบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว

2.2 ไม่เกินร้อยละ 30 จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. สปสช.สามารถปรับเกลี่ยวงเงิน ระหว่างข้อ 1 และข้อ 2 ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

4. สปสช.เขต ทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้คลินิกหมอครอบครัวมีการบูรณาการกลไกการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563



การกำกับ ติดตาม ประเมินผล



1. การกำกับติดตามการดำเนินงานของ PCC ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไกระดับ ประเทศ เขต/จังหวัด

2. จำนวนบริการผู้ป่วยนอกในลักษณะคลินิกหมอครอบครัวที่เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 730,000 ครั้ง

บทที่ 8

ค่ายา วัคซีน
เวชภัณฑ์
อวัยวะเทียม
และอุปกรณ์ทางการ
แพทย์ ที่จำเป็น
ตามโครงการ
พิเศษ



บทที่ 8

ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ



ก วัตถุประสงค์

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

1.1 จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม/ป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสียชีวิตและคุณภาพ

2) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงและเพิ่ม ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining add/or central procurement)

3) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา-นวัตกรรมที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานที่รัฐสนับสนุน เป็นต้น

1.2 กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ (ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์) ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามผลงานบริการ ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น องค์กรเภสัชกรรม เป็นต้น

2) สามารถดำเนินการต่อรองราคาในระดับประเทศ (Central bargaining) โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่

3) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้นหรือ มีผู้จำหน่ายมากกว่า 3 รายขึ้นไป

2. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหา ใน 4 รายการบริการ ดังนี้

1) บริการกรณีเฉพาะสำหรับ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) บางรายการ กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ(2) และยารักษาการติดเชื้อวัณโรค

2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บริการวัคซีนตามแผนการให้วัคซีนพื้นฐาน วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็ก และยาป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

3) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดีดอยา ถูยงอนามัย และยาที่ใช้ในการนำร่องบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)

4) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สำหรับน้ำยาล้างไตผ่านช่องท้อง



ข วงเงินงบที่ได้รับ

ตามแผนและวงเงินการจัดหา



ค แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

1) สปสช. จ่ายเงินกองทุนให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ดำเนินการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

2.1) จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหา เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2.2) จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เป็นค่าชดเชยค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

3) กรณีจำเป็นให้ สปสช.จ่ายเงินกองทุนตามข้อ 2.1) ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหา

4) เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหา รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

5) กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

5.1) หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

5.2) หากไม่มีการจัดหาครั้งถัดไปให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี)

5.3) หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2563 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป



๗ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการ คลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย อย่างน้อยทุกไตรมาส



ภาค
ผนวก



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๗ มาตรา ๑๘(๔) (๑๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖ และข้อ ๑๐ ของระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

/ข้อ ๔...

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้ และให้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารกองทุนเป็นที่ปรึกษาผู้รักษาการตามประกาศนี้ ในการตีความและวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๘ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๒๓,๙๑๗.๘๒๐๐
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๔๙,๘๓๒.๕๘๐๐
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๕๙๖.๘๓๖๗
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๙,๔๐๕.๔๑๓๘
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๐๓๗.๕๖๕๗
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	๑,๐๒๕.๕๕๖๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔๐๐

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๘. ค่าชุดเซียวัดขึ้นป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไข ปัญหาการระบาดในภาคใต้ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒	๒๗.๐๐๙๐
รวมทั้งสิ้น	๑๙๐,๖๐๑.๗๐๙๒
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	๑๔๐,๗๖๙.๑๒๙๒

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกันการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

- ๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- ๗.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- ๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

- ๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะโดยมอบให้ สปสข. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

/ (๑) จ่าย...

(๑) จ่ายชดเชยเป็นยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑.๑) เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม/ป้องกันโรคและลดอัตราสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพ

(๑.๒) บริหารความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อป้องกันการเข้าถึงและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining add/or central procurement)

(๑.๓) สนับสนุนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านยา นวัตกรรมที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศในภาพรวม เช่น ยาราคาแพงที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ

(๒) กรณีจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๒.๑) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น องค์กรเภสัชกรรม เป็นต้น

(๒.๒) สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ (Central bargaining) โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และป้องกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่

(๒.๓) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้นหรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า ๓ รายขึ้นไป

๗.๔.๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามแผนและวงเงินการจัดหา

๗.๔.๕ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐและแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนสำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ที่สนับสนุนหรือใช้ในการบริการสาธารณสุขที่ภาครัฐพัฒนาได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

/๗.๔.๖. ...

๗.๔.๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๗.๔.๗ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๘ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๗.๔.๙ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๑๐ ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้จ่ายเงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๑๐ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการให้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

หมวด ๒

รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๓,๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๒๕๑.๖๘
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๓๗๑.๐๗
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๕๙.๒๔
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๕๒.๖๐
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๗.๔๓
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๑๔.๘๐
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๒.๔๙
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	๒.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๓,๖๐๐.๐๐

หมายเหตุ- ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๕

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๑๑ ในหมวดนี้

/ส่วนที่ ๑ ...

ส่วนที่ ๑

บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่นโดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test บริการการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*๑๕๐๒ ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๒ รายการ ดังนี้

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๒๔๒.๖๘ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับจังหวัดโดยคำนวณอัตราเหมาจ่าย ดังนี้

๑๑.๑ จำนวน ๐.๙๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test จัดสรรตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย โดยให้คำนวณจนหมดวงเงินและทอนให้เป็นอัตราต่อผู้มีสิทธิ

๑๑.๒ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑,๒๔๑.๗๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้

๑๑.๒.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ±๑๐%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่าย รายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑๑.๔ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้นำหน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีกรกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๖ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๑๑ และอาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (บริการส่องกล้อง (Colonoscope) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy))

ข้อ ๑๘ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๘.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๘.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต

ข้อ ๑๙ การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยใช้ข้อมูลผลการบริการตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๑ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๑ หรือที่เป็นปัจจุบันเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๑๙.๑ คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ใน แต่ละเขตของ สปสช. เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต ให้บริการทุกราย

๑๙.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๑๙.๔ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๖ กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป (การให้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คุณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๑๙.๗ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ ๑๘.๒

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๘.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version ๕) และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้

๒๐.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐและสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้เคียงพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๒ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการ ที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ RW

๒๐.๓ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๔ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๕ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช. และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจาก Global budget ระดับเขต

๒๐.๖ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๗ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๘ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขค่าบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการ เฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการและหรือ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยใน ทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่าง ปีงบประมาณ) ทั้งนี้ ให้ สปสช. เขต ติดตามผลการดำเนินงานรายงานต่อ อปสช. ทุกไตรมาส และเสนอ ต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

๒๐.๙ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

๒๐.๙.๑ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๙.๒ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้าง คืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช. กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ RW

๒๐.๙.๓ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง แบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับด้วยวินนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้น ที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๙.๔ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ สปสช. จ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ ตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๐.๘

๒๐.๙.๕ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW ไปจน Global budget ระดับเขตมีเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW ให้ สปสช. จ่ายเงินที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการ ระดับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ เพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น ๘,๒๕๐ บาทต่อ adjRW หากเงินตามข้อ ๑๘.๑ มีไม่เพียงพอ ให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒๐.๑๐ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่าย ค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมามีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อป่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่าย ค่าใช้จ่ายโดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมี ผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการสำหรับประเทศตามข้อ ๑๘.๑ ให้จ่ายตามข้อ ๒๐.๙.๕ และเมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หากมีเงินคงเหลือ ให้ สปสช. จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๐.๙.๑ ถึงข้อ ๒๐.๙.๓

ข้อ ๒๒ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยให้จ่ายข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๓ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๕ ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการและพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๗ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-Claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๒๘ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๐

ส่วนที่ ๓ บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๒๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ดังนี้

๒๙.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๒๙.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๒๙.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๒๙.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาาระดับพื้นที่

ข้อ ๓๐ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็นเป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๒.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดจ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทาง เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๒.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกรณีหน่วยบริการมีการให้บริการด้วยหลักการที่เทียบเคียงกับรายการที่ สปสช. กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้แล้วให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนดราคา (Fee schedule) ไว้ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๒.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๒.๕ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการโดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๓๒.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคม ส่งเงินสมทบ ไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบ ไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนดและอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) สถานะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษาจ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และ ผู้ป่วย STEMI fast track

๓๓.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๓.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๓.๓.๑ เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขต และหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๓.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผน การจัดบริการ

๓๓.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาดูอื่นๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๘,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้อัตราข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งอัตราข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อข้อมือ (Instrument) ของ สปสช.

๓๓.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

/ข้อ ๓๔ ...

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น รวมทั้งการเพิ่มเติมกรณีรายการในบัญชีนวัตกรรมไทยและหรือสิ่งประดิษฐ์ไทย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาขดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมอื่นๆ

๓๔.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้บริการผู้ป่วยได้โดยให้ทำการอุทธรณ์เป็นรายการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

/๑๑) เป็น ...

(๑) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขต หรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขตและหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ

๓๔.๑.๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายและหรือทบทวนรายการ และอัตราค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไปและหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ รวมทั้งหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

๓๔.๒ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การจัดการหาคะจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการกระจกตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๔.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๔.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตีบวายจากสาเหตุอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายาคดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๔.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่เป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

๓๕.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจโดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๕.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชีจ(๒) (ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ และวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า เป็นต้น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๘ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้นๆ

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

๓๖.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๖.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ (National Tuberculosis control Program Guideline, Thailand ๒๐๑๘: NTP ๒๐๑๘) และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม ครอบคลุมค่ายา ค่าขนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่างๆ จ่ายตามผลงานบริการและหรือตามคุณภาพผลงานบริการ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๘

๓๖.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสมสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายโดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ข้อ ๓๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๒ ถึงข้อ ๓๖ ได้ตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๓๙ เป็นค่าใช้จ่าย การจัดการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๕๒.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๒๖๔๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ จำนวน ๒๕.๙๙๖๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๓๐.๙๙ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภท บริการย่อย ๕ รายการ ดังนี้

๔๐.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

๔๐.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๐.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/ จังหวัด (P&P area based)

๔๐.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

๔๐.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับประเทศ จำนวน ๒๖.๗๐๐๘ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

๔๑.๑ ค่าวัดซีนต่างๆ ดังนี้

๔๑.๑.๑ ค่าวัดซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยในปี ๒๕๖๓ รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib)

/๔๑.๑.๒ ...

๔๑.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๔๑.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด

๔๑.๑.๔ ค่าวัคซีนป้องกันโรคทอ้งรวง สำหรับกลุ่มเป้าหมายตามที่ สปสช. กำหนด

๔๑.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๑.๓ ค่าบริการให้ได้กัผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

๔๑.๔ ค่ายา Medabon® สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

๔๑.๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

๔๒.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑-๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินการและการดำเนินงานให้ค้ำถึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

/๔๒.๒ ...

๔๒.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานให้ค้ำประกันการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.)

๔๒.๓ ค่าบริการตามข้อ ๔๒.๑ และข้อ ๔๒.๒ หากมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๔

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณบริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการคำนวณ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๓.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้ค้ำประกันการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ ขอให้บูรณาการกับ พชช./พชช.

๔๓.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใต้เงื่อนไข

๔๓.๒.๑ ให้ สปสช. เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปีตั้งแต่ต้นปีและหากตามแผนงาน/โครงการที่เสนอตั้งแต่ต้นปีแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้จัดสรรให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

๔๓.๒.๒ จ่ายให้หน่วยบริการและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

/ข้อ ๔๔ ...

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจำนวน ๒๔๖.๒๘๙๒ บาทต่อคนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับบริการในหน่วยบริการ และหรือนอกหน่วยบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๔๔.๑ จำนวนไม่เกิน ๔๔.๙๖๑๗ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) โดยในปี ๒๕๖๓ รวมนำร่องบริการตรวจคัดกรองภาวะ Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๕ ปี และแยกรายการบริการตรวจและป้องกันสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งเพิ่มบริการเคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี และบริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี และบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test และการตรวจยืนยันกรณีผลผิดปกติด้วยวิธี Liquid based cytology ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๔๔.๒ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๑.๓๒๗๕ บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้

๔๔.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ \pm ๑๐%)

๔๔.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนดโดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ หรือที่เป็นปัจจุบัน

๔๔.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สำหรับประชากรไทยอื่นให้ สปสช. เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๔๔.๔ สำหรับกรณี สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๔.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการ พชอ./พชช.

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๕.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๕.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๖ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สบสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สบสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๘ ให้ สบสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อย ข้อ ๔๑ ถึงข้อ ๔๕ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจจะมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการกับระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวและการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินการที่ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๕

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๗.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

๕๑.๑ จำนวนไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงานโดยอัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

๕๑.๒ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑๒.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายให้กับหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดยครอบคลุมบริการ

๕๑.๒.๑ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๒.๒ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ในรายการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ที่ สปสช. กำหนด

๕๑.๒.๓ กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

๕๑.๓ กรณีหากจ่ายค่าบริการตามข้อ ๕๑.๑ แล้วมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าบริการตามข้อ ๕๑.๒

ข้อ ๕๒ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่เพื่อรองรับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน และบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

/ส่วนที่ ๖ ...

ส่วนที่ ๖

บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๕๓ เป็นค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๔.๘๐ บาท ต่อผู้มีสิทธิ จ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทยตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และจ่ายตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการประจำตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๗

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๕ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๖ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๕๗ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๕๗.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๕๗.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือและการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๒) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๕๗.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

(๔) สำหรับการบริหารระดับเขตและระดับจังหวัด ให้จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช.

๕๗.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๗.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๕๗.๑.๔ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสช.

๕๗.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๕๗.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีกรณีโอนย้ายประชากรระหว่างกัน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับผิดชอบประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๕๗.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๕๗.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๕๘ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

/ข้อ ๕๙ ...

ข้อ ๕๙ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้า คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ส่วนที่ ๙

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๖๐ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการโดยมี เป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๖๑ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ รวมทั้งวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๕

ข้อ ๖๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายมีดังนี้

๖๒.๑ ให้จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ให้หน่วยบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดระดับเขตได้ ไม่เกิน ๕ ตัว โดยให้สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ ให้ใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ OP/PP/IP individual record (ไม่ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่)

๖๒.๒ แนวทางและรายละเอียดเกณฑ์การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้ผ่าน ความเห็นชอบจาก อปสข. โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตาม แนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้ หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

/ข้อ ๖๓ ...

ข้อ ๖๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อาจจะมีการทบทวนหลักเกณฑ์ แนวทาง อัตราการจ่าย ค่าใช้จ่าย เพื่อบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการประเภทบริการต่างๆ

ส่วนที่ ๑๐

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๔ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ เฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้น จึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ)

ข้อ ๖๕ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๖๕.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๕.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๕.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๕.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลดจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขตโดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ

๖๕.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสข. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงานประมาณ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

๖๕.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายบุคคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลาง และระบบ GFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสข. ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒

ข้อ ๖๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยจะดำเนินการในขั้นตอนการขอรับงบประมาณประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ส่วนที่ ๑๑

การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๗ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี้ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

๖๗.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี ๒๕๖๓ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัดและสำหรับการปรับเกลี้ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๗.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยน ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัยหน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิดต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยนต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒

หมวด ๓

รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๘ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๓,๕๙๖.๘๓๖๗ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๓,๓๒๑.๘๓๖๗
๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๒๓๗.๐๐๐๐
๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓๘.๐๐๐๐
รวม	๓,๕๙๖.๘๓๖๗

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๓ ดังนี้

ส่วนที่ ๑

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖๙ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชน กลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการ ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยางอนามัย และสำหรับผู้สมัครใจเข้ารับบริการการบริการให้การ ศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๗๐.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณี สัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกส่งละเมิด ทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีสำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงิน การจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการตาม ผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๗๐.๓ กรณีบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการ การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๗๐.๔ สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๗๐.๕ สนับสนุนฤงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการการให้การปรึกษาและตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและ วงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

/๗๐.๖ ...

๗๐.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ง่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สบสช. กำหนด

ส่วนที่ ๒ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี สำหรับประชาชนไทยทุกคน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP))

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

๗๒.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘๙.๐๖๔๐ ล้านบาท สำหรับการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึง และชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคม และเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อื่น ๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สบสช. กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๘

/๗๒.๒ ...

๗๒.๒ จำนวนไม่เกิน ๓๗.๗๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีความเสี่ยง การให้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๗๒.๓ จำนวนไม่เกิน ๑๐.๒๓๖๐ ล้านบาท สำหรับนำร่องบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ซึ่งเป็นการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ส่วนที่ ๓

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ สำหรับการพัฒนาคูณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

/หมวด ๔ ...

หมวด ๔ รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๕ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑๓๘ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเริ่มบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

ข้อ ๗๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๗๖.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๗๖.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๖.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๖.๔ การปลูกถ่ายไตครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสลัดไต (Graft rejection) รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๖.๕ เริ่มดำเนินการจัดบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๗๖.๑ เป็นค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์สำหรับ APD ค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น

๗๖.๕.๑ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์รังสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ)

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

๗๖.๕.๓ ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย

๗๖.๕.๔ ระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินผล

ข้อ ๗๗ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

หมวด ๕

รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๗๘ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๐๓๗.๕๖๕๗ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

/การบริการ...

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	๙๖๕.๕๖๕๗
๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	๗๒.๐๐๐๐
รวม	๑,๐๓๗.๕๖๕๗

ส่วนที่ ๑

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๗๙ ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๙๖๕.๕๖๕๗ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานโดยในปี ๒๕๖๓ เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๘๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนี้

๘๐.๑ ไม่เกิน ๒๐.๕๕๕๐ ล้านบาท บริหารจัดการภาพรวมระดับประเทศเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วย แบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๘๐.๒ ไม่น้อยกว่า ๙๕๕.๑๑๑๗ ล้านบาท บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ ด้วยข้อมูลที่เป็นปัจจุบันดังนี้ ร้อยละ ๖๐ ตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และร้อยละ ๔๐ คำนวณตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

๘๐.๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใต้เงื่อนไขการคำนวณให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT ที่ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย DM/HT โดยกำหนดตัวชี้วัดกลางจำนวน ๕ ตัว ตามที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๓ ตัว

ข้อ ๘๑ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘๒ ให้ สปสช. จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามแนวทางราชวิทยาลัย/สมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ข้อ ๘๓ ในปี ๒๕๖๔ จะมีการปรับแนวทางการจ่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบของ สปสช.

ส่วนที่ ๒

การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๔ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด โดย

๘๕.๑ ไม่เกิน ๑๒.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

๘๕.๒ ไม่น้อยกว่า ๖๐.๐๐๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้นตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

หมวด ๖

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๖ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

/ข้อ ๘๗ ...

ข้อ ๘๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒

หมวด ๗

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อ ๘๘ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๐๒๕,๕๕๖๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีเป้าหมายจำนวน ๒๐๕,๙๒๖ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๘๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๘๙.๑ จำนวน ๑๕๐.๐๐๐๐ ล้านบาท

๘๙.๑.๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ - ๑๒ จ่ายให้หน่วยบริการที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และจะจ่ายเพิ่มเติมตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

๘๙.๑.๒ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคน

๘๙.๒ จำนวน ๘๗๕.๕๖๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๙๐ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินข้อ ๘๙.๑.๑ และข้อ ๘๙.๑.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

หมวด ๘

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๙๑ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ข. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีงบประมาณจำนวน ๒๖๘.๖๔๐๐ ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๙๒.๑ จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (หน่วย PCC)

๙๒.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๙๒.๒.๑ จำนวน ๒๑๔.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานครตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด โดย

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร

/ (๒) ไม่น้อย ...

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

๙๒.๒.๒ จำนวน ๕๔.๖๔๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
๙๒.๒.๓ ให้ สปสข. สามารถปรับเกลียววงเงินระหว่างข้อ ๙๒.๒.๑ และข้อ ๙๒.๒.๒ ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๙๓ ให้ สปสข. เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้หน่วย PCC มีการบูรณาการกลไกการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น พชอ. พชช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

หมวด ๙

ค้ำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๔ ค้ำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหา ดังนี้

- ๙๔.๑ บริการกรณีเฉพาะตามข้อ ๓๔.๑.๒ ข้อ ๓๕.๒ และข้อ ๓๖.๒
- ๙๔.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๔๑.๕
- ๙๔.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามข้อ ๗๐.๑ ข้อ ๗๐.๕ ข้อ ๗๒.๑ และข้อ ๗๒.๓
- ๙๔.๔ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามข้อ ๗๗

/ข้อ ๙๕ ...

ข้อ ๙๕ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๖.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหา เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๖.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เป็นค่าชุดเซตค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้เกิดการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๙๗ กรณีจำเป็นให้ สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙๖.๑ ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหา

ข้อ ๙๘ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหา รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๙๙ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๙๙.๑ หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

๙๙.๒ หากไม่มีการจัดหาครั้งถัดไปให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี)

๙๙.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๑๐๐ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย อย่างน้อยทุกไตรมาส

หมวด ๑๐

ค่าชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR)
เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒

ข้อ ๑๐๑ เป็นค่าใช้จ่ายทดแทนค่าวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ที่
ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ จำนวน ๒๗.๐๐๙๐ ล้านบาท
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคข้อ ๔๑.๕

ประกาศ ณ วันที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายนิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

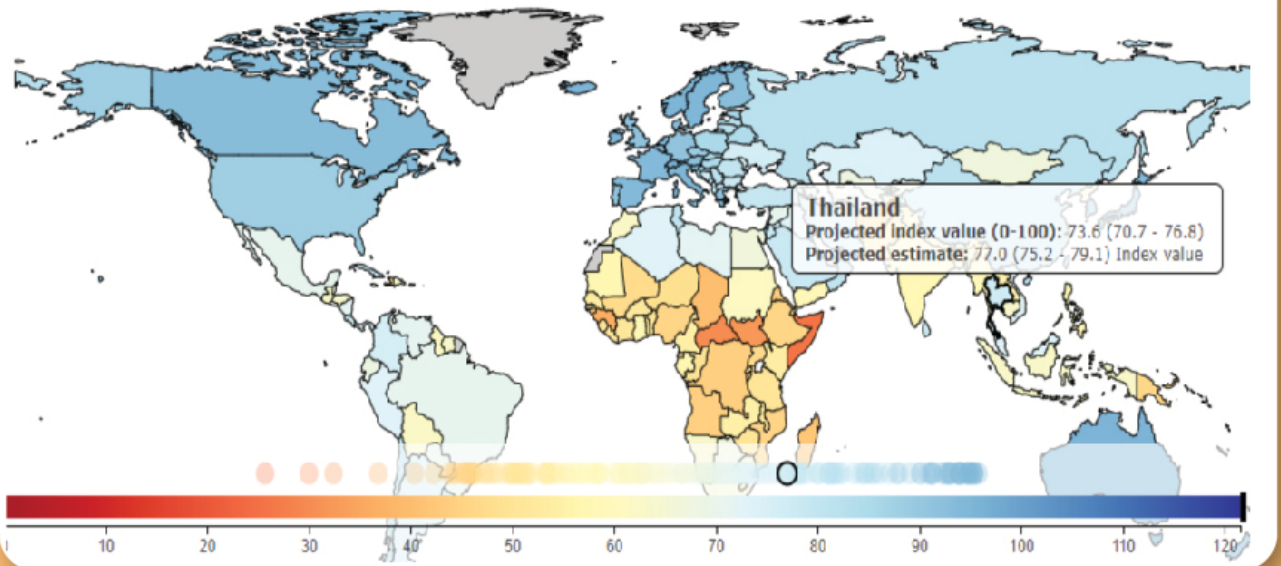
Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.

Target 3.8: Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all.



Indicator 3.8.1: Coverage of essential health services, as defined by a universal health coverage (UHC) service coverage index of base on 9 tracer interventions and risk-standardized death rates or mortality-to-incidence ratios from 32 causes amenable to healthcare.

Coverage of essential health services, as defined by the UHC service coverage index, 2019



Source : The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) is an independent global health research center at the University of Washington.



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

