

**คู่มือบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปี 2562**

คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562

ISBN

พิมพ์ครั้งที่

1

จำนวน

14,500 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 สุวรรธนานนท์

พิมพ์ที่

.....

คำนำ

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) เป็นหนึ่งในเป้าหมายของสหประชาชาติ ด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ในปี 2545 ซึ่งนับเป็นการลงทุนที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคนไทยในการพัฒนาประเทศ สร้างเป็นธรรมด้านสุขภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญไปสู่ประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 รายละเอียดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บรรจุไว้ในคู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ส่วนใหญ่เหมือนปีที่ผ่านมา ยกเว้นบางรายการที่ถูกปรับปรุงรายละเอียดเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง นโยบายรัฐบาล สิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้ดียิ่งขึ้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2561

สารบัญ

บทที่ 1	การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม	8
บทที่ 2	การบริหารค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2562	15
	1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	15
	2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	20
	3. บริการกรณีเฉพาะ	24
	4. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	51
	5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	67
	6. บริการการแพทย์แผนไทย	71
	7. บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	74
	8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข	79
	9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	81
	10. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	85
	11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน	90
บทที่ 3	การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และบริการผู้ป่วยวัณโรค	95
	1. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	95
	2. บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	103
บทที่ 4	การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	113
บทที่ 5	การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	121
	1. บริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	121
	2. บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	124
บทที่ 6	การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	129
บทที่ 7	การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	137
ภาคผนวก		141

บทที่ 1

การบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาพรวม

1. แนวคิดการบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2562 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายการงบประมาณที่ได้รับในปี 2562 จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว 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 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564 ภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

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

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

1.4.3 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหาฯ) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

1.4.4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ 2562

1.4.5 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลิตผลหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.6 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1.4.7 สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตามกำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2562 ไม่เพียงพอภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

1.4.8 ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใด ไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2562 ในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจ เหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่าย ในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของปีงบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือ จึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

2. กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณ สำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย ในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความ เสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการ ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการ ดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับคนไทยทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2562 ได้รับการ จัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,426.56 บาทต่อผู้มีสิทธิตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 48.5750 ล้านคน

การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2562 แบ่งเป็นประเภท บริการ 9 ประเภทบริการ โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,179.34
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,294.94
3. บริการกรณีเฉพาะ	357.50
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	431.43
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13
6. บริการการแพทย์แผนไทย	11.61
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,426.56

หมายเหตุ: ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2562 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	229,400	2,808.3150
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	72,500	20.0000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		38.0000
รวม	301,900	3,046.3150

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยในปีงบประมาณ 2562 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	25,340	4,114.7293
การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	20,170	3,640.8617
การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	5,510	76.8668
บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	172	58.2667
- รับยากดภูมิ (KTI)	1,908	391.0711
รวม	53,100	8,281.7960

ทั้งนี้ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.4 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2562 เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน
1. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	3,032,200	1,063.0250
2. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	12,000	72.0000
รวม	3,044,200	1,135.0250

2.5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. โดยในปีงบประมาณ 2562 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท

2.6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานพยาบาล/หน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ ในปีงบประมาณ 2562 ได้รับงบประมาณจำนวน 916.800 ล้านบาท

2.7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)

เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ 2562 มีงบประมาณจำนวน 268.64 ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2561 และปีงบประมาณ 2562 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2562 มีการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นที่สำคัญโดยสรุป ดังนี้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
1. บริการผู้ป่วยนอก	1.1 บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในปี 2562 รวมบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) 1.2 ปรับการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับบริการการตรวจยืนยันและการรักษาเบื้องต้น มาบริหารจัดการเป็นระดับประเทศแบบมีการกำหนดเป้าหมายระดับเขต สำหรับบริการคัดกรองด้วยวิธี Fit test คงให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	2.1 กำหนดอัตราจ่ายเบื้องต้นสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ 1,500 กรัมขึ้นไป เป็นอัตราคงที่ตลอดปีที่ 8,050 บาทต่อ AdjRW 2.2 เพิ่มรายการบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis) โดยจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน กำหนด
3. บริการกรณีเฉพาะ (CR)	3.1 กลุ่มประเภทยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เพิ่มการจ่ายสำหรับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า 3.2 เพิ่มรายการยา จ.(2) ใหม่จำนวน 2 รายการ
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.1 ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ ในปี 2562 รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib) 4.2 ปรับการจ่ายค่าบริการสำหรับรายการบริการที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มสิทธิอื่นๆ จำนวน 8 รายการ เป็นแบบจ่ายตามรายบริการ (Fee schedule) 4.3 เน้นการบูรณาการงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.)
5. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	5.1 นำร่องโครงการความร่วมมือการจัดบริการการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
6. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันสูง	6.1 เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มาคำนวณสำหรับจัดสรรวงเงิน Global budget ระดับเขต
7. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	7.1 พื้นที่ PCC เป้าหมายนอก กทม. ปรับแนวทางและสัดส่วนการจ่าย เป็นไม่เกินร้อยละ 50 จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร และไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

4. การกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุง ในปีงบประมาณ 2562-2563

เพื่อให้แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดทิศทางในการพัฒนาและปรับปรุง ซึ่งในประเด็นมีการพัฒนาต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2561 โดยในแต่ละประเด็นจะมีการวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนักบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการทิศทางการพัฒนา/ปรับปรุงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุนมีดังนี้

4.1 ข้อเสนอประเด็นพัฒนาที่ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561

- 1) การศึกษากลวิธี/มาตรการเพื่อไม่ให้ประชาชนถูกเรียกเก็บเงินกรณีรายการที่ปรับการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน
- 2) การศึกษาการตั้งงบประมาณโดยคำนึงถึงความแตกต่างของต้นทุนบริการของหน่วยบริการ แต่ละระดับ ทุกสังกัดในระบบ รวมทั้งในประเด็นที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีการปรับด้วยค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)
- 3) การศึกษาข้อเสนอการพัฒนาและติดตามการบริหารการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน
- 4) การศึกษาผลกระทบ และการใช้ DRGs v.6 สำหรับจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

4.2 ข้อเสนอประเด็นพัฒนาเพิ่มเติม

- 1) การบูรณาการงบค่าบริการที่จัดบริการในระดับชุมชน ได้แก่ งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน งบบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) และงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

- 2) การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่เป็นการดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- 3) การพัฒนาแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) อย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), พชอ., อปท., หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรเอกชน
- 4) การศึกษาแนวทางการปรับปรุงแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการ
- 5) การขยายรายการบริการ ODS & MIS ทั้งนี้ต้องมีความพร้อมของระบบบริการ และไม่มีผลกระทบภาระงบประมาณ
- 6) การจ่ายค่าบริการการแพทย์แผนไทยเฉพาะหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยวิชาชีพปฏิบัติงานเพื่อประกันคุณภาพมาตรฐานบริการที่ประชาชนจะได้รับ
- 7) การปรับแนวทางการจ่ายบริการการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA colon) เข้าระบบปกติ
- 8) การศึกษาเพื่อปรับรายการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการ เข้าระบบปกติ
- 9) กรณีผู้ป่วยไตที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตแล้วมีภาวะสลัดไต (Reject) ให้สามารถได้รับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัดได้ต่อเนื่อง 6 เดือน และการทบทวนต้นทุนบริการ Vascular access สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 10) การศึกษามาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และต้นทุนบริการ P&P สำหรับเขตเมือง
- 11) การติดตามประเมินผลการเข้าถึงบริการการตรวจชันสูตรไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C)
- 12) แนวทางการบูรณาการข้อมูลผลงานบริการฝากครรภ์ (Antenatal care: ANC) ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม

บทที่ 2

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการ ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2562

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ก. วัตถุประสงค์

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ได้รับจำนวน 1,179.34 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน โดย แบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการ ได้แก่

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,168.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ
2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ
3. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่ คำนวณระดับจังหวัด

1.1. เกณฑ์การจ่ายสำหรับหน่วยบริการแต่ละสังกัด

1.1.1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2562 หรือกรณีที่จะมีการโอนย้ายประชากร ให้ปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561

1.1.2. หน่วยบริการสังกัดอื่น (รัฐนอกสังกัดฯ/เอกชน) จัดสรรตาม Point การลงทะเบียน ประชากรผู้มีสิทธิรายเดือนของปีงบประมาณ 2562

1.1.3. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและ กรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1.4. ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิ ที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1.5. สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับอัตรา จ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนด การจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ทั้งนี้ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่าย ต่อคนพิการ ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด จัดสรรตาม Point การลงทะเบียนคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยประกันสังคม รายเดือนของปีงบประมาณ 2562

1.2. สำหรับงวดการโอนเงินของหน่วยบริการแต่ละสังกัด สามารถดูรายละเอียดใน หัวข้อ การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหัวข้อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

1.3. สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มี การเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ หรือหากจังหวัดใด มีความประสงค์ที่จะกันเงินไว้แบบบัญชีเสมือนระดับจังหวัด (Virtual account) สำหรับการหักชำระ บัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายของหน่วยบริการและเป็นการกระจาย ความเสี่ยง (Risk Sharing) เพื่อไม่ให้หน่วยบริการได้รับผลกระทบในการตามจ่าย ให้จังหวัดหารือ ร่วมกับ สปสช.เขต จัดทำข้อเสนอกันเงิน Virtual account โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ทั้งนี้ สำหรับกรณีบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายค่าใช้จ่ายระหว่างกัน หน่วยบริการประจำที่ส่งต่อผู้ป่วยสามารถ

แจ้งความประสงค์เพื่อยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

2.1. บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561

2.2. สำหรับหลักเกณฑ์การจ่ายให้เป็นไปตามหัวข้อที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

3.1. วัตถุประสงค์

3.1.1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ 50-70 ปี

3.2.2. ลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม

3.3.3. ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเครือข่ายของหน่วยบริการในระดับพื้นที่

3.2. ขอบเขตการบริการ

3.2.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test

3.2.2 บริการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง (Colonoscopy) บริการการตัดตังเนื้อ (Polypectomy) และบริการส่งตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) กรณีที่มีผลตรวจ FIT test เป็นบวก

3.3. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2562 ได้รับงบประมาณสำหรับบริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวนเท่ากับ 2.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ (112,208,250 บาท)

3.4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.4.1 การจ่ายค่าใช้จ่าย ในปีงบประมาณ 2562 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) จำนวน 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ (44,689,000 บาท) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการคัดกรองตรวจอูจจากระด้วยวิธี FIT test จัดสรรเป็นวงเงิน Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนอายุ 50-70 ปี ณ วันที่ 1 เมษายน 2561 และสามารถปรับเปลี่ยนตามความสามารถ

ในการให้บริการแต่ละเขต ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย ให้ปรับเกลี้ยค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต 1 ถึงเขต 13 ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนอายุ 50-70 ปีของแต่ละเขต โดยแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายจากเขตไปยังหน่วยบริการอาจกำหนดการจ่ายในอัตราไม่เกิน 35 บาทต่อราย ทั้งนี้ให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่ตกลงร่วมกันในเขตและผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2) จำนวน 1.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ (67,519,250 บาท) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการตรวจยืนยันและการรักษาเบื้องต้น (การตรวจด้วยส่องกล้องพร้อมยาที่เกี่ยวข้อง การบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน และการบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)) บริหารจัดการระดับประเทศ โดยกำหนดจำนวนเป้าหมายบริการเบื้องต้นให้แต่ละเขตร่วมกัน เพื่อการนำไปวางแผนการจัดระบบบริการของแต่ละเขต และ สปสข.สามารถปรับเกลี้ยเป้าหมายระดับเขตได้ตามผลงานบริการ โดยแนวทางการจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานจริง โดยกำหนดอัตราดังนี้

2.1) ค่าตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy จ่ายไม่เกิน 2,500 บาทต่อราย

2.2) ค่าตัดและตรวจชิ้นเนื้อ Biopsy จ่ายไม่เกิน 660 บาทต่อราย

2.3) ค่าตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy & Polypectomy จ่ายไม่เกิน 3,300 บาทต่อราย

ทั้งนี้ สามารถปรับเกลี้ยเป้าหมายภายในเขตและระหว่างเขตได้ เมื่อสิ้นสุดไตรมาส 2 กรณีที่มีเงินเหลือให้ส่งคืน สปสข.

3.4.2. แนวทางการดำเนินงาน

1) สปสข. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และ Service Plan มะเร็ง กำหนดแนวทางดำเนินการตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา กำหนดระบบข้อมูลและการรายงานผลการดำเนินการ

2) สปสข.เขต ร่วมกับ เขตสุขภาพ คณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต) หรือ Service Plan มะเร็ง หรือสาขาที่เกี่ยวข้องระดับเขต และเครือข่ายหน่วยบริการ ร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระดับเขต และจัดทำแผนงานการบริการระดับเขตเสนอ อปสข. ให้ความเห็นชอบ โดยรายละเอียดแผนงานบริการ มีดังนี้

2.1) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการและพื้นที่ที่จะดำเนินการ รวมทั้งแนวปฏิบัติของระบบการให้บริการคัดกรองและระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจยืนยัน ระหว่างหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการในเครือข่ายที่เข้าร่วม

2.2) กำหนดและการกระจายเป้าหมายการให้บริการ ให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมดำเนินการ ให้ครบถ้วนตามจำนวนเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรก่อนเริ่มต้นปีงบประมาณ

ให้คำนึงถึงประสิทธิภาพและการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย โดยระบุรายชื่อหน่วยบริการที่ร่วมจัดบริการ และงบประมาณ ตามเป้าหมายที่กำหนด พร้อมทั้งระบุระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่ เริ่มต้นดำเนินการให้บริการ ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 โดยสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายภายในเขตได้เมื่อสิ้นสุดไตรมาสที่ 2

2.3) กำหนดแนวทางการกำกับติดตามผลงานและการรายงานผล เพื่อให้ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองตามครบเป้าหมาย ได้รับการตรวจยืนยัน ในเวลาที่เหมาะสม และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อไป

3.5 บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.5.1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สนับสนุนและกำกับติดตามเชิงวิชาการ และผลงานบริการร่วมกับ Service Plan มะเร็ง

3.5.2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประสานงานและกำกับติดตามเชิงบริหารจัดการร่วมกับ สปสช. ส่วนกลาง

3.5.3. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และ Service Plan ร่วมกับ อปสช./อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและ สปสช.เขต กำกับ ติดตามระดับพื้นที่

3.5.4. สปสช. เขต ดำเนินการกำกับติดตามผลงาน การตรวจสอบข้อมูลการดำเนินงานเพื่อการเบิกจ่ายงบประมาณ และไม่เบิกจ่ายซ้ำซ้อนกับรายการอื่น รวมทั้งการรายงานผลต่อผู้เกี่ยวข้อง

2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ก. วัตถุประสงค์

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

เงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้รับจำนวน 1,294.94 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน โดยในปีงบประมาณ 2562 กำหนดให้มีการบริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

- ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ
 - 1.1 กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท
 - 1.2 ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตจ่ายด้วยระบบ DRGs version 5 และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้
 - 2.1 การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ AdjRW
 - 2.2 การใช้บริการนอกเขต บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ RW

2.3. การใช้บริการนอกเขต บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.4. การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ AdjRW

2.5. การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

2.6. การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จ่ายในอัตรา 6,500 บาทต่อครั้ง

2.7. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ AdjRW

2.8. จ่ายกรณีที่กำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการคุณภาพบริการ ตามที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.9. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

2.11. การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

2.11.1. การใช้บริการภายในเขต บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาท ต่อ RW

2.11.2. การใช้บริการภายในเขต บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/cholecystitis)

จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาท ต่อ AdjRW ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนกำหนด

2.11.3. นอกเหนือจากข้อ 2.1 ถึง 2.8 ข้อ 2.11.1 และ 2.11.2 จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาท ต่อ AdjRW

2.12. เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ 2562 หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.11

2.13. หาก Global budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอสำหรับจ่ายผลงานการให้บริการตามข้อ 2.11 ที่อัตรา 8,050 บาท สปสช.จะใช้เงินกันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ 1.1 จ่ายเพิ่มเติมให้ครบในอัตราที่ 8,050 บาท ซึ่งหากเงินกันไว้ไม่เพียงพอที่จะจ่ายให้ครบอัตราที่ 8,050 บาท จะจ่ายเพิ่มเติมให้ตามจำนวนที่มีโดยเงื่อนไขการจ่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนกำหนด และหากมีเงินคงเหลือ สปสช.จะจ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้หน่วยบริการตามจำนวนผลงานการให้บริการตามข้อ 2.11

2.14. สำหรับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรงตามที่กำหนด

3. สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปตามข้อมูลที่หน่วยบริการที่รักษาส่งข้อมูลในแต่ละเดือน โดยแบ่งการจ่ายเป็นรายเดือนจำนวน 12 งวด ดังนี้

เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันตัดข้อมูล เพื่อประมวลผล จ่ายชดเชย	กำหนดวันโอนเงิน
ตุลาคม 2561	31 ตุลาคม 2561	30 พฤศจิกายน 2561
พฤศจิกายน 2561	30 พฤศจิกายน 2561	28 ธันวาคม 2561
ธันวาคม 2561	31 ธันวาคม 2561	31 มกราคม 2562
มกราคม 2562	31 มกราคม 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562
กุมภาพันธ์ 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562	29 มีนาคม 2562
มีนาคม 2562	31 มีนาคม 2562	30 เมษายน 2562
เมษายน 2562	30 เมษายน 2562	31 พฤษภาคม 2562
พฤษภาคม 2562	31 พฤษภาคม 2562	28 มิถุนายน 2562
มิถุนายน 2562	30 มิถุนายน 2562	31 กรกฎาคม 2562
กรกฎาคม 2562	31 กรกฎาคม 2562	30 สิงหาคม 2562
สิงหาคม 2562	31 สิงหาคม 2562	30 กันยายน 2562
กันยายน 2562	25 กันยายน 2562	31 ตุลาคม 2562

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. จะมีการติดตามตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมาการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดย สปสช.เขต และผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.
2. สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2562 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน
3. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาการให้ต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน
4. สปสช.ได้จัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยใน เพื่อให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการภายในเขตร่วมกัน โดยหน่วยบริการสามารถ Download ชุดข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ eclaim.nhso.go.th โดยใช้ Username และ Password ที่ใช้ Login เข้าสู่ระบบ E-Claim หลังจากนั้นให้เลือกที่เมนู “ชุดข้อมูลเพื่อการกำกับในระดับเขตพื้นที่” และทำการ Download ข้อมูลต่อไป

3. บริการกรณีเฉพาะ

ก. วัตถุประสงค์

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

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

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2559 วันที่ 1 สิงหาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2562 จัดสรรเป็นประเภทบริการกรณีเฉพาะ จำนวน 357.50 บาทต่อผู้มีสิทธิ และรายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ปีงบประมาณ 2562 บริการกรณีเฉพาะ จัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

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

ทั้งนี้ มีกรอบแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1. หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1.1. การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

1.1.1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้การวินิจฉัยอาการแรกรับฉุกเฉินให้เป็นไปตามคํานิยามกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.)

1.1.2. ในกรณีที่เป็นการเข้ารับบริการของคนพิการ ทหารผ่านศึก สามารถเข้ารับบริการตามความจำเป็นทางการแพทย์

1.1.3. วิธีการจ่ายเงิน จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช.กำหนด

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

1.3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัด ที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช.กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

1.4. ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย อันประกอบด้วยรถยนต์ เรือ และอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ที่เคลื่อนย้ายหรือการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่หน่วยบริการประจำในกรณีดูแลรักษาต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการส่งต่อไปตรวจพิเศษระหว่างนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน

1.5. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ AdjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด โดย

1.5.1. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตาม มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียน ให้เป็นผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

1.5.2. กรณีศูนย์ประสานการส่งต่อ (สำรองเตียง) สำหรับสิทธิว่าง เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการสำรองเตียงที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิว่าง ซึ่งหน่วยบริการในระบบไม่สามารถให้บริการ ได้ เช่น ผ่าตัดสมอง การใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นต้น

1.6. บริการกรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม เป็นการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกัน สังคม ประกอบด้วย กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ และกรณีส่งเงินสมทบ ไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

1.6.1. กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคา ที่ สปสช.กำหนด

1.6.2. กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ AdjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

1.7. บริการกรณีผู้ป่วยในที่ได้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ เป็นการให้บริการแก่ ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่าย ต่อ AdjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

2. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติม สำหรับ

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

2.1.1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตรา การเสียชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ

2.1.2. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

1) คุณสมบัติหน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่แสดง

ความจำเป็นพร้อมกับประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (Self Assessment) เพื่อเข้าร่วมเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเร่งด่วน หรือเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยส่งไปที่ สปสช.เขต และผ่านการพิจารณาจาก สปสช.ส่วนกลาง

2) การจ่ายสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) เป็นการชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ โดยต้องทำเอ็กซเรย์สมอง ทั้งก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัด และ/หรือให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2561 โดยวิธีการเบิกจ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

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

2.2. การบริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

2.2.1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการรักษาตามมาตรฐานและมีคุณภาพและส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการเครือข่ายบริการดูแลรักษาและระบบส่งต่อระดับเขตให้มีประสิทธิภาพ

2.2.2. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2561 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

2) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด การจ่ายชดเชยกรณีไม่ได้รักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด และ

จ่ายชดเชยกรณีรักษาโรคกระจกแข็งที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

2.3. การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก เป็นบริการผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3.1. วัตถุประสงค์

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

2.3.2. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาลีอนรางระดับรุนแรง และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นด้วยปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

2) เป้าหมายการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 120,000 ดวงตา โดยมีแนวทางการจัดสรร ดังนี้

2.1) จัดสรรจำนวนเป้าหมายให้ สปสช.เขต โดยใช้ข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการระดับประเทศในประชากรผู้สูงอายุ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 3 ปี ย้อนหลัง ต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง และขึ้นทะเบียนในระบบ Vision2020thailand ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

2.2) กั้นเป้าหมายไว้ที่ส่วนกลางจำนวนหนึ่งเพื่อจัดสรรเพิ่มกลางปี โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการ 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2562 โดยมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมจากทุกภาคส่วนในส่วนกลางพิจารณา

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

2.4) กรณีเขตพื้นที่ ที่มีความจำเป็นต้องจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ให้ยุทธศาสตร์อนุมัติเพิ่มเป้าหมายส่วนที่เกิน ภายใต้การพิจารณาของกลไกระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. มายัง สปสช.ส่วนกลาง ภายในเดือนเมษายน 2562

3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

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

3.2) ค่าชดเชยการบริการครอบคลุมถึงค่าผ่าตัดต้อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายาและค่าตรวจชั้นสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจก และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

3.3) อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัด

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

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

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

ทั้งนี้ ในกลุ่มที่มีระดับสายตา (VA) ดีกว่า 20/100 ให้พิจารณาผ่าตัดตามความจำเป็นที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของสายตา การดำรงชีพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 5,000 บาท

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

3.4.1) กรณีเลนส์แข็งพับไม่ได้ จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตรา 700 บาท ต่อเลนส์

3.4.2) กรณีเลนส์พบได้ จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตรา 2,800 บาท ต่อเลนส์

3.4.3) ทั้งนี้ จะจ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการได้ผ่าตัดต่อกระจกเสร็จสิ้น และเก็บหลักฐานข้อมูล Serial number ของเลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับการตรวจสอบข้อมูลกับเลนส์ที่ สปสช.กำหนด

4) แนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระจก

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

4.2) หน่วยบริการต้องแจ้งความประสงค์และประเมินศักยภาพพร้อมแนบหลักฐานตามที่กำหนดส่งไปยัง สปสช.เขต ก่อนเริ่มปีงบประมาณใหม่ หรือก่อนให้บริการผ่าตัดต่อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ สปสช.จะประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติและศักยภาพการผ่าตัดต่อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

4.3) หน่วยบริการที่ได้รับการประกาศรายชื่อตามข้อ 4.2) ให้บริการตามประกาศแนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป

4.4) สำหรับกรณีการให้บริการผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจคัดกรองสายตาตามแนวทางดำเนินการในพื้นที่ ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ได้รับการประกาศรายชื่อตามข้อ 4.2) เพื่อเข้ารับการผ่าตัดตามความจำเป็นและความเร่งด่วน

5) แนวทางพัฒนาระบบบริการผ่าตัดต่อกระจก

5.1) ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการพัฒนาระบบบริการด้านจักษุในระดับเขต โดยมีกลไกคณะทำงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบริการผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

5.2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการด้านจักษุในระดับเขต เพื่อให้เกิดระบบบริการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา รวมถึงการส่งต่อเข้ารับการรักษา

5.3) สนับสนุนการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง ควบคู่ไปกับการค้นหาและคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาด้านอื่นๆ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการและคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่

5.4) สนับสนุนการบูรณาการงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการดำเนินการคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาในผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณตามผลลัพธ์การให้บริการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดในผู้สูงอายุตามความจำเป็นในแต่ละเขตพื้นที่

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

2.4.1. การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)

2.4.2. การแก้ไขการพูดและการได้ยิน จ่าย 3,850 บาทต่อรายต่อปี

ทั้งนี้ รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

3. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

3.1.1. จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

3.1.2. แนวทางการรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

3.1.3. การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (Cardiac Surgery)

1) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. 2561

2) การจ่ายชดเชยค่าบริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2562

3.1.4. การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการและได้ประกาศเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีข้อบ่งชี้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ขึ้นตอนการดำเนินงานฯ และแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

2) เป้าหมายการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเทียมปีงบประมาณ 2562 ระดับประเทศ จำนวน 12,000 ข้อ จัดสรรเป้าหมายระดับเขตตามอัตราความชุกของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Demand) ต่อศักยภาพการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเทียมเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2559-2561) (Supply) และปรับเกลี่ยเป้าหมายในต้นไตรมาส 3

3) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช. กำหนดในประกาศแนวทางปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559 โดยแสดงความประสงค์และประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) พร้อมแนบหลักฐานตามที่กำหนด แจ้งไปยัง สปสช.เขต ก่อนให้บริการ เพื่อ สปสช. จะได้ประกาศรายชื่อหน่วยบริการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562

4) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

5) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนผ่าตัดตามที่กำหนด (Pre Authorized) ต่อคณะทำงานบริหารจัดการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมระดับเขต ในกรณีดังต่อไปนี้

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

5.2) กรณีเกินเป้าหมายที่หน่วยบริการ ได้รับการจัดสรร

6) การจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม จ่ายจากค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปตาม DRGs

7) ค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น ที่ใช้ในระบบ E-Claim พร้อมข้อมูลบริษัท/รุ่นและเข้าข้างที่ผ่าตัด และให้มีการจัดเก็บหลักฐานการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม (สติกเกอร์) ในเวชระเบียน โดยจ่ายชดเชยตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บและไม่เกินเพดานราคาตามประกาศ สปสช. เรื่องรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2561 และที่ประกาศเพิ่มเติม

3.2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) เป็นการจ่ายสำหรับการรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

3.3. การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

3.3.1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคกระจกตาสีทึบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

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

3.3.3. สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตา สภาากาชาดไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช.ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E-claim รายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามคู่มือแนวปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

3.4. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ สำหรับแนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการฯ เป็นไปตามประกาศฯ พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3.4.1. ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)

1) หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช.จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียน ทั้งนี้ จะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนและแสดงความจำนง มีดังนี้

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

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

3) การลงทะเบียนผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

5) แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

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

1) หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช.จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียน ทั้งนี้ จะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนและแสดงความจำนง มีดังนี้

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

2) ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่างและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

3) การลงทะเบียนผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

5) แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

3.4.3. การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) โดยในปีงบประมาณ 2562 มีเป้าหมายจำนวน 97 ราย

1) ขอบเขตบริการ ผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการ ตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
1. Acute myeloid leukemia in remission 2. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ 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 3.1. First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2. Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4 3.3. Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease 4. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5. Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติ ระยะก่อนเป็นมะเร็ง 6. Non malignant diseases 6.1. Inborn error of metabolisms ได้แก่ 6.1.1. Lysosomal storage diseases ได้แก่ • Gaucher disease • Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type II (Sly) • Niemann-Pick disease • Krabbe's leukodystrophy	1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) 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) 3.1. ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ Mantle cell lymphoma) ** ** หมายเหตุ: ข้อ 3.1 และ 3.2 ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission) 4. มะเร็ง Multiple myeloma 5. ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มี blasts เซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia 6. ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) 7. ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
6.1.2. X-linked adrenoleukodystrophy 6.1.3. Osteopetrosis 6.2. Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease 6.3. Severe aplastic anemia	

2) หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องแจ้งความจำนงค์และผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตฯ พ.ศ.2560 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.1) จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ ครอบคลุมระยะ Pre-transplant, Transplant และ Post-transplant) โดยจะจ่ายเป็น 2 งวด ตามเงื่อนไขที่กำหนด และจำแนกตามชนิดการรักษา ดังนี้

3.1.1) กรณี Autologous จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ รายละเอียด 750,000 บาท

3.1.2) กรณี Allogeneic จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ รายละเอียด 1,300,000 บาท

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

4. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

4.1. ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

4.1.1. สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจเข้าถึงบริการให้สารเมทาโดนระยะยาว ตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

4.1.2. การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นค่าสารเมทาโดนโดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกิน ครั้งละ 35 บาท ดังนี้

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

2) หน่วยบริการส่งข้อมูลในระบบ E-claim ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และสามารถติดตาม ตรวจสอบ อุดหนุน แก้อัปเดตข้อมูลผลงานการให้บริการตามเงื่อนไข ระยะเวลา ที่กำหนด ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4.2. ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

ได้แก่ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ยา Clopidogrel และยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า โดยในปีงบประมาณ 2562 อาจเป็นการสนับสนุนในรูปแบบของรายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้นั้นๆ สำหรับกรณีวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า ให้เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช.กำหนด

4.2.1. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

1) 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) Leuporelin 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 Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) ชนิดรุนแรง - โรค Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต - โรค Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง - โรค กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia Gravis, Acute Exacerbation หรือ Myasthenic Crisis) - โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน - โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) - โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment)
4) Docetaxel inj. ขนาด 20 mg/vial และ 80 mg/vial	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือลุกลาม ที่มีปัญหาโรคหัวใจ - มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย - ใช้เป็น Second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small cell ระยะลุกลาม
5) Letrozole tab ขนาด 2.5 mg	- มะเร็งเต้านมที่มี HER 2 receptor เป็นบวก
6) Liposomal amphotericin B inj. ขนาด 50 mg/vial	- โรค Invasive fungal infections (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B inj.
7) Bevacizumab inj.	- Age-related macular degeneration (AMD) - โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema)
8) Voriconazole tab, inj.	- ภาวะ Invasive fungal infection จากเชื้อรา Aspergillus - ภาวะ Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp.
9) Thyrothopin alfa inj.	- Well differentiated thyroid cancer

ยาบัญชี จ(2)	ข้อบ่งใช้
10) Peginterferon inj. ะทั้งรูปแบบ 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.	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก โดยเป็นการรักษา เสริม (Adjuvant therapy) ร่วมกับยา Paclitaxel
16) Nilotinib	- เป็น Second-line ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้
17) Dasatinib	- เป็น Third-line ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Nilotinib ได้
18) Factor VIII	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
19) Factor IX	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
20) Micafungin Sodium Sterile pwdr inj.	- ใช้รักษา Invasive candidiasis ที่ดื้อต่อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ Conventional amphotericin B ได้
21) Rituximab inj.	- Diffused Large B-Cell Lymphoma (DLBCL)
22) Sofosbuvir 400 mg tab	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin
23) Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมในเม็ดเดียว)	- ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1, 2, 4 และ 6
24) Imatinib 100 mg	- ใช้รักษา Chronic myeloid leukemia (CML) - Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลาม หรือมีการกระจายของโรค

2) ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขการส่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้ส่งใช้ยา และหน่วยบริการ 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.มีการกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับ หน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงกำหนดให้ หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชย ยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และเงื่อนไขคุณสมบัติแพทย์ ตามข้อกำหนดของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ได้

3) สำหรับรายการยาในบัญชี จ (2) 3 รายการ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) ได้แก่

3.1) Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้สิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

3.2) Deferasirox tab ซึ่งเป็นรายการยาที่ใช้รักษา กรณี Transfusion Dependent Thalassemia ใช้เป็นยารักษาลำดับแรกในผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี และ ใช้เป็นยารักษา ลำดับที่ 2 ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้น ไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีผลข้างเคียงที่รุนแรง จากการรักษาด้วยยา Deferiprone หน่วยบริการจะได้รับการสนับสนุนชดเชยค่ายาจากโดยเบิกจาก โปรแกรม Thalassemia registry

3.3) Raltegravir ใช้ร่วมกับ Darunavir ในสูตรยาที่ 3 (DRV/r +RAL+TDF+3TC) ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ล้มเหลวจากการรักษามาแล้ว 2 ครั้ง และมีการ ดื้อยามากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ ดื้อต่อสูตรพื้นฐาน และสูตรที่ 2 ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีของประเทศ

หมายเหตุ

1. กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนรายการยาหรือเงื่อนไขและแนวทางการส่งใช้ยาบัญชี จ (2) ในบัญชี ยาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการกำหนดลิสต์ประโยชน์ และแจ้งรายละเอียด ให้หน่วยบริการรับทราบเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป สำหรับรายการยาบัญชี จ (2) ที่มีการปรับออกจากบัญชี ยาหลักแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ แต่มีผู้ป่วยที่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาจนครบการรักษา (เฉพาะการส่งใช้ต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้ ผู้ป่วยจนครบการรักษาตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดไว้เดิม

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

4) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ตาม
บัญชียาหลัก พ.ศ. 2560

รายการยา	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยา
Botulinum toxin type A inj.	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ บัญชี จ (2)
Leuprorelin inj.	
Immunoglobulin G Intravenous (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	ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophillia)
Factor IX	
Docetaxel inj.	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ บัญชี จ (2) หรือ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการ ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2562 กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล
Letrozole tab	
Erythropoietin inj.	ตามแนวทางการบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

5) เงื่อนไขการรับบริการ

5.1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2) มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งใช้หรือเข้าเกณฑ์การส่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

6) คุณสมบัติของแพทย์ และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

6.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2) มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลการชดเชยค่ารักษาโรคมะเร็งตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7) การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการขอชดเชยรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 และอ้างอิงแนวทางการกำกับส่งใช้ยาบัญชี จ (2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.1) การเบิกยา หน่วยบริการส่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย และหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยา จ (2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด และเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบในภายหลัง

7.2) การเบิกยากรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

7.2.1) สปสช.จัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยา ค่ายากรณีดังกล่าวนี้ ได้แก่

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

(2) ยา Leuporelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนตอกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

(3) หรือยาอื่นตามที่ สปสช.กำหนด

7.2.2) เมื่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าจะสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่หน่วยบริการรับส่งต่อใกล้บ้านได้ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา ปริมาณที่ต้องใช้ ระยะเวลาใช้ยาไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อใกล้บ้าน เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อใกล้บ้านได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกยาเป็นกรณีพิเศษ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติยาเป็นกรณีพิเศษ ตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อใกล้บ้านที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง สปสช.เขต

7.2.3) สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้หน่วยบริการทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของหน่วยบริการเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับขดเชยดังกล่าว อนึ่ง การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการรับส่งต่อใกล้บ้านนี้ หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

หมายเหตุ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานประกันสังคม มีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกันเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการอันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุด จึงเป็นเหตุให้ทางสำนักงานประกันสังคมใช้ระบบการเบิกขดเชยยา บัญชี จ (2) ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556



4.2.2. ឃា Clopidogrel

เป็นการสนับสนุนยา Clopidogrel ให้แก่หน่วยบริการภายใต้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

- 1) ยาเม็ด Clopidogrel bisulfate 75 mg ซึ่งจัดหาโดยมาตรการประกาศ
ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ

- ## 2) เงื่อนไขการรับบริการ

- 2.1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 2.2) แพทย์ผู้ทำการรักษาส่งจ่ายยาใต้เงื่อนไซท์ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลัก
แห่งชาติ คือ

- 2.2.1) ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ Aspirin ไม่ได้ เฉพาะกรณีที่ใช้ป้องกันโรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือสมองแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention)

- 2.2.2) ให้ร่วมกับ Aspirin หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Stent) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

2.2.3) ใช้ในกรณีผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ Aspirin แล้วยังเกิด Acute coronary syndrome หรือ Recurrent thrombotic events

2.2.4) ใช้ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วอย่างชัดเจนว่าเป็น Non ST elevated acute coronary syndrome ให้ Clopidogrel ร่วม Aspirin เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

3) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ เป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การเบิกยา ใช้ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet ตามรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4.2.3. ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า

1) ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า มีจำนวน 16 รายการ คือ

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

ลำดับที่	รายการยา	ข้อบ่งชี้
15	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบเลือด
16	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท

หมายเหตุ

1. เงื่อนไขการส่งใช้ยา เป็นไปตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด
2. กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเซรุ่มต้านพิษงูจาง และเซรุ่มต้านพิษงูสามเหลี่ยม ให้เบิกเซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท (Polyvalent antivenom for neurotoxin) ทดแทน
3. คณะอนุกรรมการยากำพร้าฯ พิจารณาตัดยา Esmolol inj. ออกจากรายการยากำพร้า เนื่องจากมีวิธีการรักษาอื่นที่ได้ผลทดแทน ในปีงบประมาณ 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงตัดรายการยาดังกล่าวออกจากชุดสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการยังสามารถเบิกยาเดิมที่มีอยู่ในระบบได้จนยาหมด หรือหมดอายุ ทั้งนี้หากมีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวหน่วยบริการสามารถประสานศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีหรือศูนย์พิษวิทยา รพ.ศิริราช เพื่อรับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้

2) เงื่อนไขการรับบริการ กรณีสนับสนุนเป็นยา

2.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วนฉุกเฉินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

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

3) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

3.1) เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช.จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงานของยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยาคงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากหน้าเว็บไซต์ของสปสช <http://drug.nhso.go.th/Antidotes/>

3.2) เป็นสถานบริการเอกชนที่รับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับกำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วน ตามคำนิยามในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยบริการที่ต้องการเบิกยากรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุนต้องดำเนินการแนวทางการเบิกยา กำพร้าและยาจำเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุน (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

4) การเบิกยา ใช้ระบบการเบิกยากำพร้าและยาต้านพิษ รายละเอียดตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4.1) จ่ายชดเชยในรูปแบบของการชดเชยเป็นตามเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการเอกชนที่มีการส่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

4.2) กรณีมีการใช้ยา Diphtheria antitoxin inj. หรือ Botulinum antitoxin inj. ให้หน่วยบริการ/สถานบริการเอกชนดำเนินการตามแนวทางการบริการจัดการยา Diphtheria antitoxin และ Botulinum antitoxin

4.3) การจัดการยากำพร้าและยาต้านพิษที่หมดอายุ รายละเอียดตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

5. หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

5.1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

5.1.1. สำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็ก ตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

5.1.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการ ของหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia: TDT) สิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มอายุ ให้ได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามแนวทางเวชปฏิบัติ ต่อเนื่อง โดย

1) จ่ายยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferasirox ตามข้อบ่งชี้ โดยอ้างอิง เงื่อนไขจากประกาศบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

1.1) กรณีเด็กอายุ 2 - 6 ปี ใช้ยา Deferasirox เป็นลำดับแรก เมื่ออายุครบ 6 ปี ให้เปลี่ยนไปใช้ยา Deferiprone แทน

1.2) กรณีเด็กอายุมากกว่า 6 ปี การพิจารณา ยา Deferasirox เป็นลำดับ ถัดไปในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ไม่สามารถใช้ยา Deferiprone ได้ เนื่องจากสาเหตุ ดังนี้

1.2.1) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก Deferiprone ต้องผ่านการประเมินและยืนยันโดยระบบ Adverse Drug Reactions ของสถานพยาบาลแล้ว (CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events)

1.2.2) ผู้ป่วยล้มเหลวจากการใช้ Deferiprone ตามเกณฑ์ต้องผ่านการประเมินว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว

2) จ่ายในอัตราเหมาจ่าย จากวงเงินที่เหลือจากการจ่ายค่ายา Deferasirox ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน สำหรับการให้บริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hematocrit ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กชนิดฉีด คือ ยา Desferrioxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferiprone (L1, DFP)

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเบิกจ่ายตามระบบ OP/IP ปกติ

5.1.3. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ การเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hemoglobin การให้เลือด การเจาะเลือดตรวจ Serum ferritin และการให้ยาขับเหล็กทุกชนิด ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <http://nprp.nhso.go.th> > กลุ่มผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

5.2. การดูแลผู้ป่วยวันโรค รายละเอียดการบริหารจัดการตามบทที่ 3 ส่วนที่ 2 บริการดูแลผู้ป่วยวันโรค

5.3. การบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

5.3.1. เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 และ เสียชีวิตในเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

5.3.2. ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

5.3.3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผล จากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร ซึ่งกำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

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

5.3.4. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม E-Claim รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2559 (ประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10)
2. ป้องกันหรือลดปัญหาสาธารณสุข หรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
3. สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่
4. เพิ่มคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2562 สปสช.ได้รับจัดสรร จำนวน 431.43 บาทต่อผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน หรือเท่ากับ 318.98 บาทต่อคน (จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน) เพื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการให้แก่ประชาชนไทยทุกคน จำนวน 65.7000 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 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

ทั้งนี้ สปสช.สามารถปรับเกลียเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยได้ตามจำนวนประชากรไทย หรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ค. แนวทาง เจื่อนไซ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน 29.64 บาทต่อคน มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1.1. ค่าวัคซีนป้องกันโรค จำนวน 28.72 บาทต่อคน จ่ายเป็นค่าวัคซีนให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาวัคซีนตามแผนความต้องการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ 2562 โดยจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือแหล่งผลิตอื่น เพื่อสนับสนุนวัคซีนให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการวัคซีนสำหรับคนไทยทุกคนตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย โดยความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต้องไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ภายใต้การให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้วัคซีนประเภทต่างๆ ได้แก่

1) วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI) เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อต่างๆ อยู่ในระดับที่สูงพอต่อการป้องกันโรค ได้แก่ โรควัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไกกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไข้มองอักเสบเจอี และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัคซีนที่สนับสนุนมี ดังนี้ BCG, HB, DTwP-HB/DTwP-HB-Hib, OPV, IPV, MMR/MR, JE, DTP และ dT

2) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV) กลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และเด็กหญิงไทย อายุ 11-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเด็กหญิงไทยที่มีความพิการทางสมอง เป็นต้น

3) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza: Flu) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด บอดูดกัันเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) 2) ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป 3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 4 เดือน ขึ้นไป 4) เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี 5) ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 6) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และ 7) ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

1.2. ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่ายา และเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น จ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชย ค่ายา และเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

1.3. ค่าบริการติดตามเด็กที่ผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ให้ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง จ่ายให้หน่วยบริการ สังกัดกรมการแพทย์ เป็นผู้ดำเนินการ

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

2.1. เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตกรุงเทพมหานคร (พชข.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนัก ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.2.1. ปีงบประมาณ 2562 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชนจำนวน 45 บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

1) พื้นที่ สปสช.พื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท.ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ.

2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชข.

3) ค่าบริการตามข้อ 1) และข้อ 2) หากมีเงินเหลือ สปสช.จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

2.2.2. แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการ

1) พื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการ

ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

2.3. หลักเกณฑ์การสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561

2.4. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

อปท.บันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงิน รายงานการประเมิน ตนเอง ผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ <http://obt.nhso.go.th> ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

3.1. เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการ ตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ภายใต้ประเภทย่อยและขอบเขตบริการฯ ตามประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10

3.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.2.1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน 4 บาทต่อคน บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการคำนวณและให้คำนวณกำหนด Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปี ทั้งปี ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณโดยมีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1) แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายระดับเขต ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยขอบเขตของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะให้การสนับสนุนตามแผนงาน/โครงการ ต้องอยู่ภายใต้ประเภทย่อยและขอบเขตบริการฯ ตามประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10 และเป็นบริการ ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน สิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ควรเป็นแผนงาน/โครงการระดับเขตและหรือ จังหวัด และคำนึงถึงการบูรณาการกับ พขอ./พช.

2) สปสช.เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปี ตั้งแต่ต้นปีให้ อปสช.เห็นชอบ รวมถึงการจัดทำนิติกรรมสัญญา อย่างช้าไม่เกินไตรมาสที่ 1 หากเสนอตามแผนงาน/โครงการแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือ ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

3) จ่ายให้หน่วยบริการ และหรือหน่วยงานตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ทั้งนี้หน่วยบริการหรือหน่วยงานต้องรับประกันการส่งมอบผลงาน/ผลลัพธ์บริการที่ระบุในแผนงาน/โครงการ และหรือนิติกรรมสัญญา

3.2.2. แนวทางการบริหารจัดการในระดับเขต มีดังนี้

1) สปสช.เขตร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด เพื่อวิเคราะห์หาปัญหาหรือช่องว่างในการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกิจกรรมหรือกลุ่มย่อย/กลุ่มวัยใดตามประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10 ในระดับเขต/จังหวัด หรือปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/รัฐบาล รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของบริการ เพื่อจะดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการระดับเขต/จังหวัด ซึ่งขั้นตอนนี้ควรดำเนินการตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ 2561

2) สปสช.เขต นำเสนอบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของระดับเขต/จังหวัด ชี้แจงหลักเกณฑ์การสนับสนุนและแนวทางในการเสนอแผนงาน/โครงการให้แก่หน่วยบริการ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชน พร้อมประสานหาหน่วยบริการ/หน่วยงานภาครัฐที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการระดับเขต/จังหวัด จัดทำแผนงาน/โครงการ ระดับเขตไม่ควรจัดทำแผนงาน/โครงการมากกว่า 2 เรื่อง หรือระดับจังหวัดควรจัดทำแผนงาน/โครงการ จังหวัดละ 1 เรื่อง เพื่อเน้นให้เกิดผลผลิตผลลัพธ์ได้จริง ทั้งนี้พึงพิจารณาด้วยว่า องค์กรเอกชนอาจมีส่วนร่วมการให้บริการประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญได้ โดยอาจให้จัดทำโครงการเป็นการเฉพาะแต่เชื่อมโยงประสานกับแผนงาน/โครงการระดับเขต/จังหวัด จากนั้น สปสช.เขตเสนอแผนงาน/โครงการและงบประมาณที่จะใช้ดำเนินงานทั้งปี ให้ อปสช.พิจารณาเห็นชอบ ตั้งแต่ต้นปี หรือ

3) สปสช.เขต นำเสนอบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของระดับเขต/จังหวัด และหรือแผนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของระดับเขต/จังหวัด พร้อมงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการทั้งปีต่อ สปสช.เพื่อขออนุมัติในหลักการและมอบให้ สปสช.เขต บริหารจัดการจัดหาหน่วยบริการหรือหน่วยงานภาครัฐที่มีศักยภาพจัดทำแผนงาน/โครงการระดับเขต/จังหวัดและอนุมัติการสนับสนุนงบประมาณตามที่มอบหมาย เมื่อแล้วเสร็จควรรายงาน สปสช.ทราบ

4) สปสช.เขต พิจารณาตรวจสอบแผนงาน/โครงการ บริการหรือผลงานที่จะส่งมอบเป็นจำนวนบริการที่ประชาชนพึงได้รับ พร้อมทั้งจัดทำนิติกรรมสัญญา หลังจากผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. หรือตามที่ สปสช.มอบหมาย ทั้งหมดควรแล้วเสร็จไม่เกินไตรมาสที่ 1

5) สปสช.เขตกำกับติดตามการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายของหน่วยบริการ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนตามที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการ และให้ส่งมอบผลงานบริการตามเป้าหมายในแผนงาน/โครงการ ตามระยะเวลาที่กำหนด

6) ชี้แจงให้หน่วยบริการ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนทราบว่าสามารถใช้จ่ายเงินตามงบประมาณที่ได้รับโดยใช้ระเบียบของหน่วยงานและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559

7) หากมี Global budget ระดับเขตเหลือตั้งแต่ต้นปี สปสช.เขต จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

8) สำหรับพื้นที่ที่มีการนำร่องโครงการศึกษาการพัฒนาแบบบูรณาการการบริหารการจ่ายและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับ พชอ./พช.

3.2.3. การกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน

1) สปสช.เขต วิเคราะห์การบริหารจัดการ ในไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ 2562 ประกอบด้วย จำนวนโครงการและงบประมาณที่ผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. พร้อมทั้งวิเคราะห์โครงการตามความจำเป็นทางสุขภาพและภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ

- 2) สปสช.เขต รายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายงบประมาณ ในไตรมาสที่ 2, 3 และ 4
- 3) สปสช.เขต สรุปรายงานผลการดำเนินโครงการ ในไตรมาสที่ 4 และไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณต่อไป

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

4.1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ ในปีงบประมาณ 2562 จ่ายค่าใช้จ่ายตามค่าบริการตามรายการบริการจำนวน 43.22 บาทต่อคน โดยมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายดังนี้

4.1.1 สำหรับพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ส่วนกลางตามรายการบริการ (Fee schedule) จำนวน 8 รายการ ดังนี้

- 1) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2) บริการฝากครรภ์ (ANC)
- 3) การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
- 4) การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
- 5) การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)
- 6) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ใน หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
- 7) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- 8) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ใน หญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

1) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกคน และตรวจค้นหาและรักษา Early pre cancer ของ CA cervix ในระยะเริ่มแรก ในหญิงไทย อายุ 30 – <60 ปี ทุกสิทธิ โดยรับบริการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี โดยมีแนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2) หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.3) หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการ อยู่ใน 31 จังหวัด ดังนี้ ร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อ่างajariญญ โสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท อำเภอนิคมน้ำจืดจังหวัดมุกดาหาร พิชณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น และยะลา เท่านั้น และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ทั้งนี้ ในปี 2562 ยังไม่มีการขยายพื้นที่หรือหน่วยบริการเพิ่มเติม เนื่องจากจะมีการเปลี่ยนแปลงเทคนิคการตรวจและวิธีการตรวจแบบใหม่

1.4) กรณีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หากผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติเป็นภาวะ Pre cancerous ให้ส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา

1.5) สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการรับการส่งต่อที่ให้บริการตรวจคัดกรอง โดยมีอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.5.1) บริการตรวจคัดกรองด้วย Pap smear และตรวจทางเซลล์วิทยา หรือตรวจคัดกรองและรักษาด้วย VIA ในอัตรา 250 บาท/ครั้ง

1.5.2) บริการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยวิธี Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ และตรวจทางพยาธิวิทยา ในอัตรา 900 บาท/ครั้ง

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

2) บริการฝากครรภ์ (ANC)

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ในหญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิ (สิทธิ UC สิทธิสวัสดิการข้าราชการรวมข้าราชการท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม สิทธิว่าง) โดยมีแนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

2.1) หน่วยบริการต้องให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ตามประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 10 สำคัญ โดยสรุป ดังตาราง

กิจกรรมพื้นฐาน	ANC ครั้งแรก	ANC ครั้งที่ 2 (อายุ ครรภ์ 13-<20 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 3 (อายุ ครรภ์ 20-<26 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 4 (อายุ ครรภ์ 26-<32 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 5 (อายุ ครรภ์ 32-40 สัปดาห์)
1. การซักประวัติ	✓	✓	✓	✓	✓
2. การตรวจร่างกาย					
2.1. วัดสัญญาณชีพ: ชีพจร ความดันโลหิต	✓	✓	✓	✓	✓
2.2. ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย	✓	✓	✓	✓	✓
2.3. ตรวจสอบสภาพช่องปากและฟัน ขัดและทำความสะอาดฟัน	✓				
2.4. ตรวจทางสูตินรีเวช:					
- ตรวจภายใน	✓				
- ตรวจวัดความสูงยอดมดลูก ฟังเสียง หัวใจทารก	✓	✓	✓	✓	✓
- ตรวจอัลตราซาวด์ (ถ้ามี)	✓	✓			
3. ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า	✓	✓	✓	✓	✓
4. ตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	✓	✓	✓	✓	✓
5. ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Classifying form)	✓	✓	✓	✓	✓
6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
6.1 urine dipstick test	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 CBC-Hb/Hct	✓			✓	
6.3 MCV และหรือ DCIP ถ้า +ve ให้ตรวจ MCV และหรือ DCIP ของสามี	✓				
6.4 Blood group: ABO/Rh	✓				
6.5 VDRL	✓			✓	
6.6 HIV	✓			✓	
6.7 Hepatitis B	✓				
7. การให้ยา Triferdine (ยาวิตามินเสริมเหล็ก/โพลีค/ไอโอดีน)	✓	✓	✓	✓	✓
8. การให้วัคซีน dT ตามเกณฑ์ แล้วแต่กรณี	✓				
9. การให้คำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓
10. บันทึกสมุดสุขภาพแม่และเด็ก	✓	✓	✓	✓	✓

2.2) บริการฝากครรภ์ครั้งแรกและฝากครรภ์ครั้งต่อไป มีความหมาย ดังนี้
บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (ANC ครั้งแรก) หมายถึง การให้บริการดูแล
ครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะมีอายุครรภ์เท่าใด โดยหน่วยบริการต้องให้บริการ
ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานการฝากครรภ์ครั้งแรก

บริการฝากครรภ์ครั้งต่อไป หมายถึง การบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์
ต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้ง (รวมครั้งแรก) โดยหน่วยบริการต้องให้บริการครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์
พื้นฐานการฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์นั้น

2.3) การบริการดูแลฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง เป็นการดูแลสำหรับหญิง
ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่ำ ไม่รวมถึงกรณีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นครรภ์
เสี่ยงสูง มีความจำเป็นต้องให้การดูแลพิเศษเพื่อตรวจประเมินเพิ่มเติมหรือตรวจติดตามพิเศษมากกว่า
ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน

2.4) หน่วยบริการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์
นั้นจะไม่ได้ลงทะเบียนกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ และไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับ
บริการดูแลครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ณ
หน่วยบริการและเครือข่ายแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นการประจำ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลครรภ์ต่อเนื่อง

2.5) สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการร่วมให้บริการ
หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ให้บริการฝากครรภ์ โดยมีอัตราจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.5.1) บริการฝากครรภ์ครั้งแรก เหม่าจ่ายในอัตรา 1,200 บาท

2.5.2) บริการฝากครรภ์ครั้งต่อไป พิจารณาตามช่วงอายุครรภ์
โดยเหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ 400 บาท กรณีเป็นครรภ์เสี่ยงสูงและต้องการดูแลมากกว่ากิจกรรม
พื้นฐาน บริการส่วนนี้ถือว่าการรักษาพยาบาล รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือ
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

3) การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

เพื่อให้หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิ และสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ
โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เข้าถึงบริการและได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด กรณีที่มี
ผลวินิจฉัยก่อนคลอดผิดปกติก็สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ผิดปกติ โดยมีแนวทาง และ
หลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

3.1) จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่
ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

3.2) อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

3.2.1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- (1) Hemoglobin typing ในอัตรา 270 บาทต่อราย
- (2) Alpha – thalassemia 1 ในอัตรา 500 บาทต่อราย
- (3) Beta – thalassemia ในอัตรา 1,200 บาทต่อราย

3.2.2) การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี ราคา 2,500 บาทต่อราย

- (1) การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling, CVS) หรือ
- (2) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ
- (3) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

3.2.3) การยุติการตั้งครรภ์ ในอัตรา 3,000 บาทต่อราย

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4) การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ และลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงไทยตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ โดยมีแนวทาง และหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

4.1) จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

4.2) อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

4.2.1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- (1) การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG, Unconjugated estriol, Alpha fetoprotein (AFP), Inhibin A) ในอัตรา 1,200 บาทต่อราย
- (2) การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ ในอัตรา 2,500 บาทต่อราย

4.2.2) การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยการเจาะ น้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) อย่างใด อย่างหนึ่ง ในอัตรา 2,500 บาทต่อราย

4.2.3) การยุติการตั้งครรภ์ ในอัตรา 3,000 บาทต่อราย

4.2.4) ค่าการเจาะเลือดปัสสาวะ ในอัตราเหมาจ่าย 100 บาท และ ค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อราย

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการ ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

5) การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)

เพื่อให้เด็กแรกเกิดทุกรายเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ในกลุ่มเป้าหมาย

- เด็กไทยคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ทุกสิทธิ ทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้ง

- เด็กเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่า 2,500 กรัมหรือทารกแฝดที่เป็น Monozygotic twin ตรวจคัดกรอง 2 ครั้ง เมื่อแรกเกิด และ เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ ทุกสิทธิ ทุกราย

โดยมีแนวทาง และหลักเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

5.1) จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด หรือหน่วยบริการที่ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

5.2) อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง (TSH) ทางห้องปฏิบัติการ ในอัตรา 125 บาทต่อครั้ง

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

6) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี

เพื่อป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ บริการห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษา ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้งหรือต้องการคุมกำเนิด โดยจ่ายเป็นค่าขดเซย บริการ ห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด ให้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อหรือ

หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ มีอัตราการจ่าย ดังนี้

- 6.1) กรณีบริการห้วงอนามัย จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 800 บาทต่อราย
- 6.2) กรณีบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 2,500 บาท

ต่อราย

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

7) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา ด้วยวิธีการใช้ยา Medabon® หรือวิธีสลายกรรม เช่น การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยบริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกวิธี รวมถึงผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว ในอัตราไม่เกินรายละ 3,000 บาท ให้แก่หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้ทั้งผ่านระบบส่งต่อและหรือไม่ผ่านระบบส่งต่อ

8) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ใน หญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ บริการห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด ในกลุ่มเป้าหมาย หญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษา กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยบริการห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด ให้แก่หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ มีอัตราการจ่าย ดังนี้

- 8.1) กรณีบริการห่วงอนามัย จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 800 บาทต่อราย
- 8.2) กรณีบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 2,500 บาท

ต่อราย

รายละเอียดการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

4.2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่าย

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกสิทธิภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ จำนวนไม่น้อยกว่า 188.12 บาทต่อคน

4.2.1 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) ร้อยละ 65 จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$)

2) ร้อยละ 35 จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด เป็นรายหน่วยบริการประจำ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 หรือเป็นปัจจุบัน ดังนี้

2.1) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)

2.2) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)

2.3) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)

2.4) จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)

2.5) จำนวนการได้รับการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป.6 (เข็ม)

2.6) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)

2.7) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

3) สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน จากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช. ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่น ให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2562

4) สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับแก้ไขให้หน่วยบริการ โดยต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

5) สำหรับกรณี สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

6) สำหรับพื้นที่ที่มีการนำร่องโครงการศึกษาการพัฒนารูปแบบบูรณาการ การบริหารการจ่ายและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดำเนินงานจัดบริการให้ คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และ การบูรณาการกับ พชอ./พช.

5. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งใน สังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตาม หัวข้อที่ 9 การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

6. หลักเกณฑ์การจ่ายอื่นๆ

6.1. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทย ทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีการหารือร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.2. กรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะเพิ่มเติมได้ โดยให้มี การหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.3. สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ 1 ถึงข้อ 5 ได้ตาม จำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามการจัดสรรและผลงานรายโครงการ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคระดับประเทศ

2. กำกับติดตามการจัดสรรและผลดำเนินการ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ของ สปสช.เขต

3. กำกับติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณและผลการดำเนินงานของ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

4. ติดตามประเมินผลตัวชี้วัดที่สำคัญ โดยประมวลผลจากฐานข้อมูลบริการ ร่วมกับกระทรวง สาธารณสุข

5. พัฒนาเครื่องมือและระบบการประเมินและติดตามการเข้าถึงประเภทย่อยและขอบเขตบริการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับพื้นที่
6. สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสำรวจ/วิจัยประเมินผลการเข้าถึงบริการและ/หรือ
สถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินที่ได้รับ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้รับจำนวน 16.13 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน

ค. แนวทาง เจือ้นไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

กรอบการบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2562

งบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
(16.13 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

งบประมาณฟื้นฟูระดับประเทศ
(ไม่เกินร้อยละ 10
ประมาณ 1.60 บาท
ต่อผู้มีสิทธิ)

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์

เครื่องช่วยคนพิการและค่าบริการ

- สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ และมีศักยภาพบริการด้านฟื้นฟู
- การตามจ่ายกรณีข้ามเขต
- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/ค่าบริการที่เป็นโครงการนำร่อง

งบประมาณฟื้นฟูระดับประเทศ
(ไม่เกินร้อยละ 10
ประมาณ 1.60 บาท
ต่อผู้มีสิทธิ)

1) ให้องค์กรบริการ สำหรับ

- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ
- ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- ค่าฝึก O&M สำหรับคนพิการทางการมองเห็น

2) สามารถจ่ายให้กับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด

1. กลุ่มเป้าหมายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1.1. คนพิการ (รหัสสิทธิ ท 74)
- 1.2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 1.3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 1.4. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

(ยกเว้นการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในชุมชน ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

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

2.2. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ประมาณ 14.53 บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางบริหารดังนี้

2.2.1. บริหารการเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) ในสัดส่วน 40 : 25 : 35 และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2561

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

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการและไม่เกินราคากลาง ที่ สปสช. กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติมและประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่าย เพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2558 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ทั้งนี้ กรณีการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังกับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน กำหนดวงเงินไม่เกินร้อยละ 15 ของงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยหน่วยบริการจัดการบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื่องที่บ้านหรือบริการในชุมชน (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขตแล้ว) (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

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

4) หน่วยบริการจัดส่งข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามโครงสร้างข้อมูล ที่ สปสช. กำหนด

5) การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

5.1) ข้อมูลการให้บริการระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนกันยายน 2561 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ โดยตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 และจ่ายชดเชยค่าบริการภายในเดือนตุลาคม 2561

5.2) ข้อมูลการให้บริการเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 เป็นข้อมูลที่หน่วยบริการให้บริการและบันทึกข้อมูล (Sent Date) ซึ่งกำหนดตัดข้อมูลเป็นรายเดือน ทั้งนี้การจ่ายตามที่ สปสช.เขต กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

6) ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 และหรือประกาศที่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมโดยอัตรากาสมทบ (จำนวนเงินที่จะสมทบ) ให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

2.3. ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียเงินระหว่างวงเงินการบริหารภาพรวมระดับประเทศ และวงเงินการบริหารจัดการระดับเขตได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

2.4. ในปีงบประมาณ 2563 อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน โดยจะมีภาระวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนักหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

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

1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งนี้ ยกเว้นการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในชุมชน ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแล จากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. จำนวนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ที่มีการสมทบเงินงบประมาณ และมีการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด

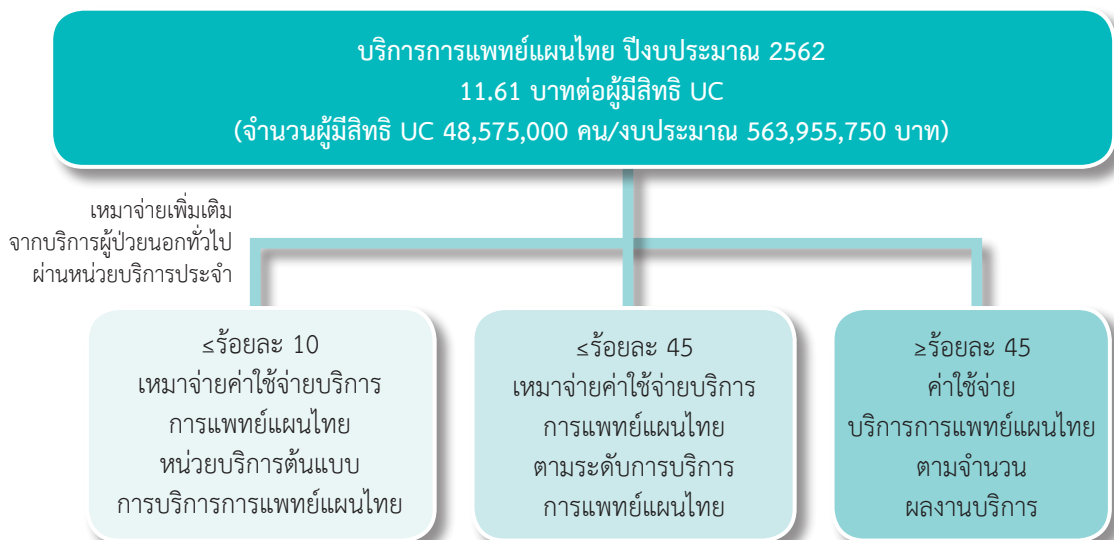
6. บริการการแพทย์แผนไทย

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 11.61 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน เป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเติมจากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปผ่านหน่วยบริการประจำ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื้อฉันทน์ เข้าถึง และใช้บริการการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย และการลดค่าใช้จ่ายการแพทย์แผนปัจจุบัน



หมายเหตุ ปี 2563 อาจกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการทั้งหมดโดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนักหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินงาน

ค. แนวทาง เจื่อนไซ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การบริหารจัดการในภาพรวมระดับประเทศ มีดังนี้

1.1. ไม่เกินร้อยละ 10 (ประมาณ 1.16 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยที่เป็นหน่วยบริการต้นแบบการบริการแพทย์แผนไทยภายในเดือนธันวาคม 2561

1.2. ไม่เกินร้อยละ 45 (ประมาณ 5.22 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ และหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ 1.1 และจัดสรรภายในเดือนธันวาคม 2561 การจัดกลุ่มตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย พิจารณาจากผลงานบริการตามจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ (Visit) รายบริการได้จาก 1) บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย 3) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2561

1.3. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 (ประมาณ 5.23 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 ทั้งนี้ ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ 1.1 และจัดสรรภายในเดือนมิถุนายน 2562 โดยเป็นผลงานบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ คำนวณจ่ายแบบ Point system with global budget ดังนี้

1.3.1. บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร

1.3.2. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย

1.3.3. การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

โดย สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการ ข้อ 1.1 – 1.3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการต้นแบบบริการการแพทย์แผนไทย

2.1. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ และหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย และผ่านเกณฑ์ตามแนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ (หมวด 2 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข หมวด 3 บุคลากร และหมวด 5 สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และตามแนวทางการตรวจประเมินเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย

2.2. การพิจารณาคะแนนตามผลการประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหรือหน่วยร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย รายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การจ่าย ค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้านแพทย์แผนไทย
ไม่เกินร้อยละ 45 ตามระดับการบริการ การแพทย์แผนไทย	กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีผลคะแนน = 1 ขึ้นไปทุกหมวด ยกเว้น หมวด 2 ข้อ 2-8 มีผลคะแนนรวม = 2 ขึ้นไป และหมวด 3 ข้อ 3-7 มีผลคะแนน = 2 ขึ้นไป	ผ่านตามเกณฑ์
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ตามจำนวนผลงานบริการ	กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีผลคะแนน = 1 ขึ้นไปทุกหมวด ยกเว้นหมวด 3 ข้อ 3-7 มีผลคะแนน = 2 ขึ้นไป กรณีจัดบริการ การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตาม แนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	ผ่านตามเกณฑ์

ง. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามผลการดำเนินงานหน่วยบริการต้นแบบการบริการการแพทย์แผนไทยร่วมกับ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. ติดตามผลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน แพทย์แผนไทย เมนูรายงานบริการด้านแพทย์แผนไทยผ่านระบบประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
3. รายงานผลงานบริการการแพทย์แผนไทยผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกัน โรครายบุคคล (OPPP individual records)

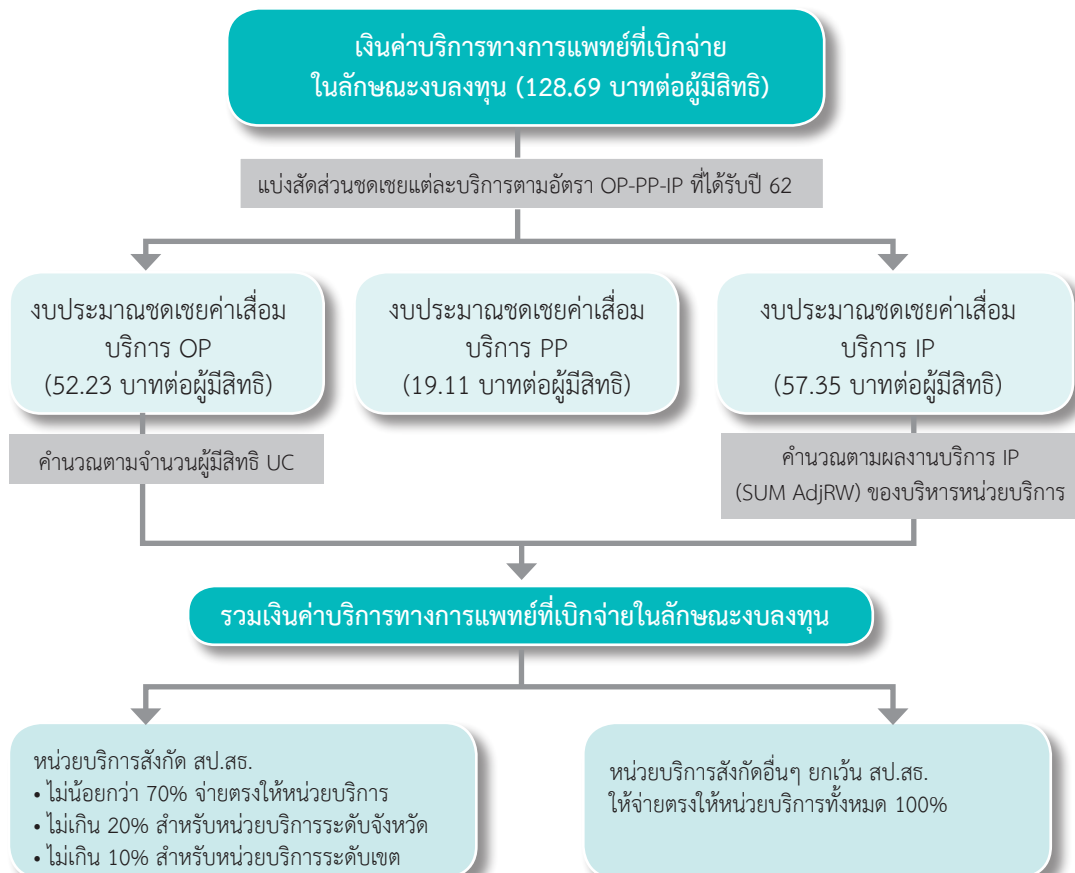
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ก. วัตถุประสงค์

เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือ เช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการ สาธารณสุข

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน โดยมีกรอบการบริหารจัดการ ตามแผนภาพดังนี้



ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. **หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน** คือ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ ทั้งนี้สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2562 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

2. **การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน** แต่ละประเภทบริการ แบ่งตามสัดส่วนของอัตราต่อหัวของเงินแต่ละประเภทบริการที่ได้รับในปีงบประมาณ 2562 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 (48.5750 ล้านคน) โดยผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการมีดังนี้

- 2.1. สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 52.23 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.2. สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 19.11 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.3. สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 57.35 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

3.1. สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดสรรตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ ณ 1 เมษายน 2561 ด้วยอัตราต่อผู้มีสิทธิที่เท่ากัน ภายใต้วงเงินงบประมาณตามข้อ 2.1 และข้อ 2.2

3.1.1. สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ผลการคำนวณตามข้อ 2 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.1.2. สำหรับกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือจะนำวงเงินรวมของกลุ่มที่คำนวณได้ตามข้อ 2 มาคำนวณจัดสรรอีกครั้ง ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2561 ด้วยอัตราต่อผู้มีสิทธิที่เท่ากันภายใต้วงเงินรวมของกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ

3.2. การคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับ บริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (AdjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2561 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561) ด้วยอัตราต่อ 1 AdjRW ที่เท่ากันทุกหน่วยบริการ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามข้อ 2.3 ทั้งนี้ ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (AdjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชยผู้ป่วยในทั่วไป ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค

ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในที่ทำให้บริการเฉพาะด้านของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน และไม่รวมข้อมูลที่มีปัญหาต่างๆ หลังจากวันที่ สปสช.ตัดข้อมูล เช่น ข้อมูลส่งซ้ำ

3.3. กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างปีงบประมาณ 2562 ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ทำให้บริการ

3.4. หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข จะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1. สปสช.แจ้งการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบผ่านทาง สปสช.เขต โดย สปสช.เขต ตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรรในเขตที่ได้รับผิดชอบ ให้ สปสช.ทราบ

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

4.2.1. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้น สป.สธ.) และภาคเอกชน ให้หน่วยบริการจัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ และ สปสช.เขต เบิกจ่ายเงินให้หน่วยบริการต่อไป สำหรับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศให้จัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.อนุมัติเพื่อดำเนินการโอนเงินให้ต่อไป

4.2.2. เงินที่จัดสรรระดับหน่วยบริการของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทำแผนฯ ส่งให้ สสจ.เพื่อทราบและหรือพิจารณาเพื่อส่งให้ สปสช.เขต รวบรวมเสนอให้ อปสข. อนุมัติ โดย สปสช.จะเป็นผู้โอนเงินตรงให้หน่วยบริการ

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

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

4.2.5. กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผนให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช.เขต เพื่อเสนอต่อ สปสช. หรือ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการที่ สปสช.มอบอำนาจ หรือผู้ที่อนุมัติแผนในแต่ละระดับ พิจารณาสำหรั้งกรมแพทยัทหารเรือ และกรมแพทยัทหารอากาศให้แจ้งมายัง สปสช.เพื่อพิจารณาอนุมัติ

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

5. กำหนดการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

5.1. สปสช.จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตรง ตามจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยมีกำหนดการจ่ายเงินดังนี้

สังกัด	กำหนดการจ่ายเงิน
หน่วยบริการสังกัด สป.สร.	ภายในเดือนตุลาคม 2561
หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ (ยกเว้น สป.สร)	ภายในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562

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

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

5.2.2. สปสช.เขตจัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้ และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ

5.2.3. สปสช.เขตส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้ สปสช. เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

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

ง. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

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

8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ก. วัตถุประสงค์

ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ผูกผิด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

ข. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. **ผู้รับบริการ** หมายถึง ประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรา 41 ที่กำหนดว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณี que ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

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

2.2. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

สาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

9. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ก. วัตถุประสงค์

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

งบสำหรับการบริหารจัดการการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ มา จาก 3 ส่วนได้แก่

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน จำนวน 437,175,000 บาท
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 65.7000 ล้านคน จำนวน 591,300,000 บาท
3. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน จำนวน 97,150,000 บาท

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะทำงาน หรือกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต มีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

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 อปสข.

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. ไม่สร้างระบบการบันทึกข้อมูลใหม่โดยให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก 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 2562 กำหนดใช้ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ดังนี้

1.3.1. ตัวชี้วัดกลาง จำนวน 6 ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

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: การลดลงของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควร
รักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC: Ambulatory Care Sensitive
Condition) ในโรคลมชัก (Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
หืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes Mellitus) และ ความดัน
โลหิตสูง (Hypertension)

1.3.2. ตัวชี้วัดระดับเขต จำนวนไม่เกิน 5 ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และ
สปสช.เขต ประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2562

ทั้งนี้ รายละเอียดตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดระดับเขต สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากรายละเอียด
แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการปีงบประมาณ 2562

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1. สปสช.จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้ สปสช.เขต ตามจำนวน
ประชากร/ผู้มีสิทธิ

2.2. สปสช.เขต จัดให้มีคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ เช่น
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานระดับเขต (อคม.) กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่าย
ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน
และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงาน
บริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

2.3. การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้ สปสช.เขตกำหนดค่าเป้าหมาย
จากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสม สอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับ
ประเทศร่วมด้วย และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.4. สปสช.เขตจัดสรรบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต (Global budget)
ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรร
โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)

2.5. กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้น
ภายในเดือนสิงหาคม 2562 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส
1 และ 2 ปีงบประมาณ 2562

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

2.7. การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศนั้น สปสช.จะกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ง. การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดสรร

1. ความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
2. การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนด
3. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริมกำกับและติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

10. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการ ภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ก. วัตถุประสงค์

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ไปแล้วนั้น ซึ่งคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรเงินภายใต้หลักการสำคัญดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ โดย
 - 2.1. ให้ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ
 - 2.2. ให้มีการกันเงินเพื่อบริหารจัดการระดับประเทศ ระดับเขต และ กันเงินสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ
 - 2.3. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับการจัดสรรเงินที่ได้ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต)
 - 2.4. ให้มีการประกันรายรับขั้นต่ำของหน่วยบริการ
 - 2.5. ให้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดสรรช่วยเหลือเป็นการเฉพาะ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

การประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการผู้ป่วยใน

ก่อนที่จะมีการกันเงินตามเกณฑ์ของ สป.สธ. และจัดสรรรายได้เงื่อนไขของ สป.สธ. (Step ladder และ การกำหนดค่า K) คำนวณดังนี้

1. เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั่วประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2562 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561

2. เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

2.1. คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั่วประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2562 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2561

2.2. คำนวณวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั่วประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561

3. ประเมินการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยประมาณการผลงาน AdjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2562 ด้วยข้อมูลผลงานบริการเดือนเมษายน 2560 -มีนาคม 2561

3.1. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณการเงินรายรับที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

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

3.3. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงินรายรับที่อัตราที่ 9,600 บาทต่อ AdjRW

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

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การกันเงินไว้รับเฉลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 (ไม่เกิน 10,045.0000 ล้านบาท) ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปีงบประมาณ 2562 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเฉลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2561

3. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

4. การประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2562 เป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5. แนวทางการปรับเฉลี่ยเงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด

5.1. ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยบริการ เพื่อไม่ให้เกิดการทับซ้อนการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย จึงจำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด

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

5.3. การเฉลี่ยให้หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ให้มีเงื่อนไขในการพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยบริการให้ดีขึ้น และหรือ มีการปรับระบบการจัดบริการที่วางแผนร่วมกันทุกหน่วยบริการในระดับจังหวัดและระดับเขต โดยให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต สปสช.เขต และ อปสช.ทุกไตรมาส

5.4. กลไกการปรับเฉลี่ย ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และให้เสนอ อปสช.พิจารณา

6. กำหนดการโอนเงินให้หน่วยบริการ

รายการ	งวดการโอนเงิน																										
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2562 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2561 งวดที่ 2: สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2562 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2562																										
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2562 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2561 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2562 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2562																										
3. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	สปสช.จะโอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล</th><th>กำหนดวันโอนเงิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>งวดที่ 1 / ตุลาคม 61</td><td>30 พฤศจิกายน 61</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 2 / พฤศจิกายน 61</td><td>29 ธันวาคม 61</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 3 / ธันวาคม 61</td><td>31 มกราคม 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 4 / มกราคม 62</td><td>28 กุมภาพันธ์ 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 5 / กุมภาพันธ์ 62</td><td>30 มีนาคม 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 6 / มีนาคม 62</td><td>29 เมษายน 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 7 / เมษายน 62</td><td>31 พฤษภาคม 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 8 / พฤษภาคม 62</td><td>29 มิถุนายน 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 9 / มิถุนายน 62</td><td>31 กรกฎาคม 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 10 / กรกฎาคม 62</td><td>31 สิงหาคม 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 11 / สิงหาคม 62</td><td>28 กันยายน 62</td></tr> <tr> <td>งวดที่ 12 / กันยายน 62</td><td>31 ตุลาคม 62</td></tr> </tbody> </table>	งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันโอนเงิน	งวดที่ 1 / ตุลาคม 61	30 พฤศจิกายน 61	งวดที่ 2 / พฤศจิกายน 61	29 ธันวาคม 61	งวดที่ 3 / ธันวาคม 61	31 มกราคม 62	งวดที่ 4 / มกราคม 62	28 กุมภาพันธ์ 62	งวดที่ 5 / กุมภาพันธ์ 62	30 มีนาคม 62	งวดที่ 6 / มีนาคม 62	29 เมษายน 62	งวดที่ 7 / เมษายน 62	31 พฤษภาคม 62	งวดที่ 8 / พฤษภาคม 62	29 มิถุนายน 62	งวดที่ 9 / มิถุนายน 62	31 กรกฎาคม 62	งวดที่ 10 / กรกฎาคม 62	31 สิงหาคม 62	งวดที่ 11 / สิงหาคม 62	28 กันยายน 62	งวดที่ 12 / กันยายน 62	31 ตุลาคม 62
งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันโอนเงิน																										
งวดที่ 1 / ตุลาคม 61	30 พฤศจิกายน 61																										
งวดที่ 2 / พฤศจิกายน 61	29 ธันวาคม 61																										
งวดที่ 3 / ธันวาคม 61	31 มกราคม 62																										
งวดที่ 4 / มกราคม 62	28 กุมภาพันธ์ 62																										
งวดที่ 5 / กุมภาพันธ์ 62	30 มีนาคม 62																										
งวดที่ 6 / มีนาคม 62	29 เมษายน 62																										
งวดที่ 7 / เมษายน 62	31 พฤษภาคม 62																										
งวดที่ 8 / พฤษภาคม 62	29 มิถุนายน 62																										
งวดที่ 9 / มิถุนายน 62	31 กรกฎาคม 62																										
งวดที่ 10 / กรกฎาคม 62	31 สิงหาคม 62																										
งวดที่ 11 / สิงหาคม 62	28 กันยายน 62																										
งวดที่ 12 / กันยายน 62	31 ตุลาคม 62																										
4. เงินกันสำหรับบริหารจัดการ ระดับเขต/จังหวัด	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2561																										

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

7.1. การกันเงิน Virtual account สามารถกันได้ 2 วัตถุประสงค์

7.1.1. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก รับส่งต่อข้ามจังหวัด โดย สปสช.จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องผ่าน โปรแกรม E-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด จาก เงินกัน Virtual account

7.1.2. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอก รับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณี อุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามาถึง สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

7.2. การบริหารการจ่ายเงิน Virtual account

7.2.1. กรณีเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช.จะประสานแจ้งให้ สปสช.เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อที่จะหักชำระบัญชี ไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อแทน

7.2.2. กรณีหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระ ค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับ หน่วยบริการประจำในจังหวัดโดยประสานแจ้งมาที่ สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช. โอนเงินให้กับหน่วยบริการต่อไป

ง. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

การกำกับติดตามและประเมินผล การจัดสรรเงินและการปรับประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง ของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ดำเนินการผ่านกลไกของคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต และรายงาน อปสช.ทุกไตรมาส

11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการ ภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน

ก. วัตถุประสงค์

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 สปสช.จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) สำหรับกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ภายใต้หลักการดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2562 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน
2. ค่าบริการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2562 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 ในการคำนวณจัดสรร รวมทั้ง การจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2562 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1.1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2562 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1. จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2562 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2.2. จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 ในการคำนวณจัดสรร

1.2.3. จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

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

1.4.1. กลุ่ม Uhosnet จะหักเงินเดือนภายใต้เพดาน โดย สปสช.จะแจ้งยอดเงินเดือนที่ต้องหักให้ทราบตอนต้นปี

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

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 โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,050 บาทต่อ AdjRW กรณีรักษาภายในเขต

2.4. การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

3. การบริหารการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ

3.1. จัดให้มีระบบการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) ในงบประมาณผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (OP) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (PP) และงบประมาณผู้ป่วยใน (IP) โดยตรงจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 25 ของวงเงินประมาณการรายรับที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2561 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ ในปีงบประมาณ 2562 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามประมาณการข้อมูลจริงจาก สปสช.เขต สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะได้รับการจัดสรรตามแนวทางของเขต 13 กรุงเทพมหานคร

3.2. การจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานจะจัดสรรเป็นรายเดือน และจะมีการทยอยหักเงินที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรล่วงหน้าคืน แบ่งหักเงินเป็นจำนวน 10 งวดๆ ละเท่าๆ กันของยอดเงินที่จัดสรรล่วงหน้า โดยจะเริ่มหักหนี้ในผลงานเดือนตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562 หรือจนกว่าจะหักหนี้หมด

3.3. การโอนเงินจัดสรรจริงตามผลงาน สปสช.จะโอนเงิน OP/PP ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากร และเงินบริการผู้ป่วยในเดือนละ 1 งวด รวม 12 งวด โดยโอนเงินให้หน่วยบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

ผลงาน	กำหนดการโอนเงิน OP/PP	กำหนดวันโอนเงิน IP
ตุลาคม 2561	16 พฤศจิกายน 2561	30 พฤศจิกายน 2561
พฤศจิกายน 2561	17 ธันวาคม 2561	28 ธันวาคม 2561
ธันวาคม 2561	16 มกราคม 2562	31 มกราคม 2562
มกราคม 2562	15 กุมภาพันธ์ 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562
กุมภาพันธ์ 2562	15 มีนาคม 2562	29 มีนาคม 2562
มีนาคม 2562	17 เมษายน 2562	30 เมษายน 2562
เมษายน 2562	15 พฤษภาคม 2562	31 พฤษภาคม 2562

ผลงาน	กำหนดการโอนเงิน OP/PP	กำหนดวันโอนเงิน IP
พฤษภาคม 2562	17 มิถุนายน 2562	28 มิถุนายน 2562
มิถุนายน 2562	15 กรกฎาคม 2562	31 กรกฎาคม 2562
กรกฎาคม 2562	16 สิงหาคม 2562	30 สิงหาคม 2562
สิงหาคม 2562	16 กันยายน 2562	30 กันยายน 2562
กันยายน 2562	16 ตุลาคม 2562	31 ตุลาคม 2562

หมายเหตุ: สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เงินค่าบริการผู้ป่วยนอก และเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การโอนเงินจะเป็นไปตามแนวทางของเขต 13 กรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และบริการผู้ป่วยวัณโรค

บทที่
3

ส่วนที่ 1 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2562 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อบริการประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	2,808.3150
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	200.0000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	38.0000
รวม	3,046.3150

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

ค. แนวทางเงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

1.1. วัตถุประสงค์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสู่ทารก เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่นและลดอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่

1.2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidetines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017)

1.3. ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

1.3.1. บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส สำหรับบริการดังนี้

- 1) ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา
- 2) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)
- 3) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV oPEP)
- 4) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงานเฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกส่งละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP)
- 5) ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส
- 6) บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษาเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือด และค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ

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

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

1.3.3. สนับสนุนการให้บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ

1.3.4. สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

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

1.4 แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

1.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตราชดเชย
1. บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส	การให้ยารักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมันตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	บันทึกข้อมูลตามที่ใช้จริงในโปรแกรม NAP	หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2. บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา	ตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย 1.1) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray: CXR) 1.2) ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA PCR	บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP	จ่ายเป็นค่าบริการตามที่ สปสช. กำหนดดังนี้ 1.1) กรณีตรวจ CXR ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพื่อคัดกรองวัณโรค ครั้งละ 100 บาท (1ครั้ง/คน) 1.2) DNA PCR ครั้งละ 1,000 บาท

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตราทดเชย
	2) บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อการติดตามการรักษา 2.1) ตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 2.2) ตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) 2.3) ตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT) 2.4) ตรวจหาเชื้อดื้อต่อยาต้านไวรัส (Drug resistance) 3) วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือดและค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ 3.1) กรณีการตรวจ CD4 และ HIV Viral Load 3.2) กรณีการตรวจ Drug resistance		2.1) CD4 400 บาท/ครั้ง 2.2) กรณี Viral load 1,350 บาท/ครั้ง 2.3) กรณีตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน จ่าย 25 บาท/รายการ/ครั้ง 2.4) Drug resistance จ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ - กรณี In-house 5,500 บาท/ครั้ง - กรณี Commercial 6,000 บาท/ครั้ง 3.1) กรณี CD4 และ HIV Viral Load 20 บาท/ตัวอย่าง 3.2) กรณี Drug resistance 100 บาท/ตัวอย่าง หมายเหตุ 1) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายต่อครั้ง หมายถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล 2) จำนวนครั้งที่สามารถเบิกจ่ายได้ ของแต่ละรายการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตราขดเซย
3. บริการให้การ ปรึกษาและตรวจ หาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ	ตามแนวทางการรักษาและป้องกัน การ ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) 2) ค่าบริการให้คำปรึกษา 3) ฤงยางอนามัย	บันทึกข้อมูล บริการใน โปรแกรม NAP	1) ครั้งละ 140 บาท (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี) 2) ครั้งละ 7 บาท (ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี) 3) ขดเซยเป็นฤงยางอนามัยหรือ เป็นเงิน ตามอัตราส่วนจำนวน ผู้ติดเชื้อที่ดูแล และ งบประมาณที่ได้รับ
4. การให้บริการดูแล รักษาและให้คำ ปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์	สำหรับบริการดูแลรักษา และให้ คำปรึกษา การให้ความรู้ ส่งเสริม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง ต่อเนื่อง และป้องกันการ กระจายของเชื้อเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้ 1) ค่าบริการดูแลรักษาและให้ คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) ฤงยางอนามัย	บันทึกข้อมูล บริการใน โปรแกรม NAP	1) ครั้งละ 20 บาท (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี) 2) ขดเซยเป็นฤงยางอนามัยหรือ เป็นเงิน ตามอัตราส่วนจำนวน ผู้ติดเชื้อที่ดูแล และงบ ประมาณที่ได้รับ
5. บริการตรวจ คัดกรอง และ ตรวจยืนยันไวรัส ตับอักเสบบีในผู้ติด เชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีดที่มา รับบริการ VCT	สำหรับบริการตรวจคัดกรองและ ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี มีดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ด้วย Anti HCV 1.1) Rapid test หรือ 1.2) เครื่องอัตโนมัติ 2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี ด้วย HCV viral load (HCV RNA – Quantitative)	บันทึกข้อมูล บริการใน โปรแกรม NAP	1.1) ครั้งละ 70 บาท 1.2) ครั้งละ 300 บาท 2) ครั้งละ 2,300 บาท

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตราทดเชย
	3) การตรวจประเมินก่อน การรักษา 3.1) ตรวจสภาพความยืดหยุ่น ในตับ 3.2) ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับ อักเสบซี ด้วย HCV genotype		3.1) ครั้งละ 2,000 บาท 3.2) ครั้งละ 2,800 บาท หมายเหตุ 1) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย ต่อครั้งหมายถึงต่อครั้งของ การตรวจรู้ผล 2) จำนวนครั้งที่สามารถเบิกจ่าย ได้ ของแต่ละรายการ เป็นไป ตามที่ สปสช.กำหนด

หมายเหตุ: เกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจขั้นสูงทางห้องปฏิบัติการ ให้อ้างอิงตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2.1. วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และชักนำให้เข้าสู่ระบบบริการของกลุ่มประชากรหลัก ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2. กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย โดยคณะทำงานร่วมระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

2.3. ขอบเขตบริการประกอบด้วย

2.3.1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีกิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) บริการค้นหากลุ่มเสี่ยง (Reach)
- 2) บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ VCT (Recruit)
- 3) บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test)

4) บริการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ (Treat)

5) บริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยง (Retain)

ทั้งนี้การกำหนดชุดบริการเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา

2.3.2. บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เป็นบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เช่น การเยี่ยมบ้าน การพบปะประชุมกลุ่มย่อยและให้คำปรึกษา การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์ยังความร่วมมือกับหน่วยบริการ

2.4. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

รายการ	หลักเกณฑ์การจ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	สปสช. พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ/คู่สัญญาที่รับดำเนินงานตามข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด
2. บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี	บริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดทำข้อตกลง/สัญญาดำเนินงานตามโครงการ กับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ศูนย์องค์รวม) ระดับเขต ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.1. วัตถุประสงค์ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

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

3.3. ขอบเขตบริการประกอบด้วยพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.4. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยบริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรให้หน่วยบริการตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการระดับเขต ทั้งนี้แนวทางการจัดสรรเงินแก่หน่วยบริการตามตัวชี้วัดให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจ่าย

1. ด้านคุณภาพบริการ

ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดให้ใช้ตัวชี้วัดผลงานคุณภาพบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดระดับเขต ให้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. เพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1.1 ตัวชี้วัดกลาง

1.1.1 ตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator) มี 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส

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

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ ≤ 1000 copies/ml.

ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวชี้วัดที่ 3: ค่ามัธยฐานของ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการวินิจฉัย

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา

1.2 ตัวชี้วัดระดับเขต กำหนดให้มีตัวชี้วัดหลัก 1 ตัว ตามข้อ 1.1.1 และตัวชี้วัดเพื่อการติดตามตามข้อ 1.1.2 จำนวน 1 ตัวชี้วัดโดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2. ด้านการบริหารจัดการ

เพื่อให้สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดกรอบเวลาในการตัดยอดข้อมูลการประมวลผลจ่ายชดเชย และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการเป็นรายเดือน

ส่วนที่ 2 บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินงบประมาณที่ได้รับ

งบประมาณผู้ป่วยวัณโรคเป็นงบประมาณที่อยู่ในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการกรณีเฉพาะ เป็นการจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามราคาที่กำหนด โดยเป็นค่าบริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการที่เกี่ยวข้องตามที่ สปสช. กำหนด

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง

2. ขอบเขตบริการ

ผู้มีสิทธิขอรับบริการสามารถลงทะเบียนเพื่อรับบริการได้ ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ สปสช. จ่ายชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยตามผลงาน ส่วนค่าชดเชยบริการอื่นที่อยู่นอกเหนือจากขอบเขตบริการรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หรือเป็นไปตามประกาศของ สปสช.

ทั้งนี้ ขอบเขตบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย

2.1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

2.1.1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

2.1.2. บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ทั้งนี้ การพิจารณาเลือกการรักษาด้วยยารักษาวัณโรค ให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

2.2. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

2.2.1. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค จะได้รับสิทธิในการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้การเบิกจ่ายชดเชยบริการเป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

ตารางที่ 1 สิทธิประโยชน์บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคพื้นฐาน เพื่อติดตามการรักษา	
การตรวจเสมหะหาเชื้อ Acid-Fast Bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์	
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคใหม่	ไม่เกิน 3 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ	ไม่เกิน 3 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB)	ไม่เกิน 25 ชุดๆ ละ 3 Sample (Slide) ต่อ Course การรักษา
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR)	
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคใหม่	ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ	ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
• กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB)	ไม่เกิน 6 ครั้ง ต่อ Course การรักษา

2.2.2. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

สปสช. สนับสนุนการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อ การทดสอบความไวต่อยาวัณโรค และการตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยา ด้วย Molecular assay เพื่อการวินิจฉัยเชื้อวัณโรคดื้อยา (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อ Course การรักษา) และติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเชื้อวัณโรคดื้อยา โดยเป็นไปตามแนวทางดังนี้

1) พิจารณาตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) ได้แก่ เทคนิค Solid media หรือ Liquid media สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา รายละเอียดดังตารางที่ 2 และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) ด้วยเทคนิค Solid media หรือ Liquid media ต่อได้

2) พิจารณาตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Molecular assay เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเฉพาะที่จำเป็นต้องมีความรวดเร็วในการวินิจฉัยวัณโรคด้วยยาเร่งด่วน ซึ่งสามารถใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Molecular assay รายละเอียดดังตารางที่ 2

3) ทั้งนี้ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคเทคนิค Solid media เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยอีกครั้ง และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) ด้วยเทคนิค Solid media ต่อได้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา

กลุ่มผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา	การตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา	
	Culture	Molecular assay
ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน		
• ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษาครบหรือรักษาหายแล้ว แต่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)	AFB + or -	AFB +
• ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกัน เมื่อกลับมารักษายังพบเชื้อในเสมหะ (Default)	AFB +	AFB +
• ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาหลายครั้ง และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และยังคงพบเชื้อในเสมหะ (Failure) ได้แก่ - ผู้ป่วยเสมหะ พบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษา และผลเสมหะยังคง หรือกลับเป็นพบเชื้อในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือหลังจากนั้น - ผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อในตอนแรก แต่กลับมีผลเสมหะเป็นพบเชื้อหลังจากรักษาได้ 2 เดือน	AFB +	AFB +
ผู้ป่วยระหว่างการรักษา		
• ผู้ป่วยวัณโรคขณะกำลังรักษาที่ยังพบเชื้อในเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 3 หรือหลังจากนั้น	AFB +	AFB +

กลุ่มผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	
	Culture	Molecular assay
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB)		
• ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) กับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB)	AFB + or -	AFB +
• ผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ
• ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB-HIV)	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ

หมายเหตุ:

- 1) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้ว จะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay
- 2) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

2.2.3. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

สปสช. สนับสนุนบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยาแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ไม่เกิน 16 ครั้งต่อ course การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

2.3. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

ครอบคลุมกิจกรรมบริการได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค บันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.4. บริการกำกับกำกับการกินยา (Directly Observed Treatment: DOT)

ครอบคลุมกิจกรรมบริการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การกำกับกำกับการกินยาของผู้ป่วยเพื่อให้กินยาครบถ้วนต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค

2.5. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค สปสช.

สนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ เช่น การตรวจคัดกรอง ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

2.6. บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

ครอบคลุมบริการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ

3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีดังนี้

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตรา ชดเชย
บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค			
บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและดื้อยา			
หน่วยบริการดูแล รักษาด้วยยารักษา วัณโรคสูตรพื้นฐาน และ ดื้อยา	ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และ แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วย วัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ รายการและเงื่อนไขการเบิก จ่ายตามที่ สปสช. กำหนด	หน่วยบริการเบิกชดเชยยา/ ค่ายารักษาวัณโรค ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้า ข้อมูลบริการ และประมวลผล เบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยารักษา วัณโรคให้หน่วย บริการที่อยู่ในเครือ ข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายา รักษาวัณโรคให้ หน่วยบริการที่ไม่อยู่ ในเครือข่ายหน่วย บริการด้านยาและ เวชภัณฑ์
บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค			
หน่วยบริการรักษา การติดเชื้อระยะ แฝงสำหรับเด็กที่ สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และ แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วย วัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ รายการและเงื่อนไข การเบิกจ่ายตามที่ สปสช.กำหนด	หน่วยบริการเบิกชดเชยยา /ค่ายารักษาการติดเชื้อ ระยะแฝง ได้ตามจำนวนที่ให้ บริการจริง โดยบันทึกผ่าน โปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย โปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยารักษา การติดเชื้อระยะแฝง ให้หน่วยบริการที่อยู่ใน เครือข่าย หน่วยบริการด้านยา และเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายา รักษาการติดเชื้อ ระยะแฝงให้ หน่วยบริการที่ไม่อยู่ ในเครือข่ายหน่วย บริการด้านยา และเวชภัณฑ์

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตรา ชดเชย
บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา			
การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค			
ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ที่ ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ AFB ได้ตามจำนวนที่ ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่าน โปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย โปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ ครั้ง)
ค่าตรวจ CXR		หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวน ที่ให้บริการจริง โดยบันทึก ผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและ ประมวลผลเบิกจ่ายด้วย โปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง
การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา			
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)			
เทคนิค Solid Media	ตามแนวทางการบริหารจัดการ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ Culture ได้ตาม จำนวนที่ให้บริการจริง โดย บันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูล บริการและประมวลผล เบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)			
เทคนิค Solid Media	ตามแนวทางการบริหารจัดการ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่าน โปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและ ประมวลผลเบิกจ่ายด้วย โปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			500 บาท/ตัวอย่าง

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตรา ชดเชย
การตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Molecular assay			
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	ตามแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคด้วยยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Xpert MTB/RIF			
ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคด้วยยา			
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)			
เทคนิค Solid Media	ตามแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคด้วยยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคด้วยยา ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			300 บาท/ตัวอย่าง
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม			
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มา รับการรักษาและติดตาม	ครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการบริการได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตรา ชดเชย
บริการกำกับกับการกินยา DOT			
บริการกำกับกับการกินยา DOT	บริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ ได้แก่ อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) และอัตราการขาดการรักษา (Default rate) ทั้งนี้ แนวทางการจัดสรรเงินแก่หน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. เห็นชอบสำหรับการดำเนินงานให้บริการกำกับกับการกินยา DOT เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการกำกับกับการกินยา (DOT) ตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด
บริการค้นหาผู้ป่วย			
บริการค้นหาผู้ป่วย	บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ โดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วย หรือจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณ ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. เห็นชอบ ทั้งนี้การดำเนินงานให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงานผลการบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด

รายการ	หลักเกณฑ์/แนวทาง	การเบิกจ่าย	เงื่อนไขและอัตรา ลดหย่อน
บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ			
บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ	บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.เห็นชอบ ทั้งนี้แนวทางการบริการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ จะมีการบูรณาการดำเนินการร่วมกับ สปสช. และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงานผลบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจ่าย

1. ด้านคุณภาพบริการ

ปีงบประมาณ 2562 กำหนดให้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ เพื่อสนับสนุนให้มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)
- ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ
- ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate)
- ตัวชี้วัดที่ 4: อัตราการขาดการรักษา (Default rate)
- ตัวชี้วัดที่ 5: อัตราการเสียชีวิต (Death rate)

2. ด้านการบริหารจัดการ

กำหนดกรอบเวลาในการตัดยอดข้อมูล การประมวลผลจ่ายชดเชย และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการเป็นรายเดือน

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

ในปีงบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ครอบคลุมการให้บริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (KTI) โดยเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินที่ได้รับ

งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่ได้รับเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2562 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	4,114.7293
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	3,640.8617
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	76.8668
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	
- ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)	58.2667
- ให้อาการภูมิหลังการปลูกถ่ายไต (KTI)	391.0711
รวม	8,281.7960

ทั้งนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเกลี่ยงบประมาณปี 2562 ระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

ค. แนวทาง เจือจาง และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

แนวทางการรับยาและอุปกรณ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด

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

1.1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย และเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการ CAPD ในปี 2562 ดังนี้

1.1.1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิมต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ที่มีความพร้อม เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียงพอ

1.1.2. สนับสนุนให้มี Regional Renal Replacement Therapy Center (RRRTC) เพื่อกำกับดูแลหน่วยบริการในการให้บริการ CAPD ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ สปสช.กำหนด

1.1.3. สนับสนุนคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตระดับเขต ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.1.4. สนับสนุนให้มีการประเมินผลการดำเนินงานหน่วยบริการ CAPD รวมทั้งงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1.5. สนับสนุนให้มีการพัฒนาข้อเสนอทางเลือกสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดไม่รับการบำบัดทดแทนไต

1.1.6. ปีงบประมาณ 2562 ให้มีการนำร่องโครงการความร่วมมือการจัดบริการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ให้มีการติดตามประเมินการนำร่องก่อนเริ่มขยายผลไประยะต่อไป

1.2. การบริหารจัดการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะจึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือมีประกาศเพิ่มเติม

1.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนในรูปแบบของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบสารสนเทศ	กำหนดเวลาประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
1	น้ำยาล้างไต	4 ถุง/คน/วัน	โปรแกรม	หลังเที่ยงคืนของทุกวัน	เป็นไปตามแนวทาง
2	สาย Tenckhoff catheter (TK)	1 สาย/ราย/ ปี	DMIS-CKD (Disease Management Information System Chronic Kidney Diseases)	และเชื่อมต่อข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ทุกวัน	ของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบสารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
3	ยา Erythro- poietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด		หลังเที่ยงคืนของวันที่ 15 และวันสิ้นเดือน และเชื่อมต่อข้อมูลกับ เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์ หลังวันประมวลผล	เป็นไปตามแนวทาง ของเครือข่ายหน่วย บริการด้านยาและ เวชภัณฑ์
4	ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ ราย/เดือน		หลังเที่ยงคืนของ วันสิ้นเดือนหลังจาก ได้รับผลงานการให้ บริการ	ตามการประมวลผล ตามตารางการจ่าย ชุดเซาระบบ
5	ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง			Sent date

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรือมีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดโดยเฉพาะกรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

2.1. แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่มีข้อห้ามบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีความจำเป็นต้องใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) เป็นบริการแรกเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายในปี 2562 จะให้การสนับสนุนการพัฒนา และควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการมากขึ้น

2.2. การบริหารจัดการบริการ HD ดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะจึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการจ่ายชุดเซาระบบค่าบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนในรูปแบบของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ สารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
1	ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1,500 บาทหรือ 1,700บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์)	โปรแกรม HD สกส.	หลังเที่ยงคืนของวันสิ้นเดือนหลัง จากได้รับผลงานการให้บริการ	ตามการประมวลผลตามตารางการจ่ายชดเชยระบบ Sent date
2	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด		หลังเที่ยงคืนของวันที่ 15 และวันสิ้นเดือน และเชื่อม ต่อข้อมูลกับเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์หลังวันประมวลผล	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

เงื่อนไขและอัตราการจ่าย Vascular access

1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	โปรแกรม E-Claim	หลังเที่ยงคืนของวันสิ้นเดือนหลังจากได้รับผลงานการให้บริการ	ภายใน 30 วัน ภายหลัง การประมวลผล การจ่ายชดเชย
2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)			
3	AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า Graft) ค่า Graft ไม่เกิน 14,000 บาท			
4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)			

3. บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT)

ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาคค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

3.1. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก และไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมของผู้บริจาคหรืออวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังคงมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

3.2. การบริหารจัดการบริการ KT เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และจ่ายชดเชยค่าบริการ ที่ สปสช.กำหนด หรือมีประกาศเพิ่มเติม

3.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและจ่ายชดเชยค่าบริการ

3.3.1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาค	ค่าตรวจ PRA	
	มีชีวิต	- ตรวจ Screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ Confirm กรณี Screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ Confirm กรณี Screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	2,000 13,000 12,500
	กรณีผู้บริจาค สมองตาย	ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	7,200

3.3.2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

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

2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

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

หมายเหตุ: การรับบริการปลูกถ่ายไต ให้น่วยบริการประจำจัดทำใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ทำข้อตกลงปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้น ครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

4. บริการยาควบคุมภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต

4.1. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดระบบการสนับสนุนการให้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ

4.2. การบริหารจัดการ

4.2.1. การรับยาควบคุมภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังการทำปลูกถ่ายไต โดยเกณฑ์การให้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.2.2. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การลงทะเบียนผู้ป่วย และการจ่ายชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือมี ประกาศเพิ่มเติม

4.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและจ่ายชดเชยค่าบริการ

4.3.1. อัตราการชดเชย

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000

5. การสนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ครอบคลุมการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) สำหรับผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจ่าย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2562 ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ

- 1.1. อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค
- 1.2. อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

2. ด้านคุณภาพบริการ

- 2.1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มต้นรับการรักษา
- 2.2. อัตราการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย CAPD
- 2.3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติ การควบคุมดูแลรักษาภาวะ แทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุม และมีคุณภาพ โดยในปี 2562 เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ก. วัตถุประสงค์

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

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,063.0250 ล้านบาท

ค. แนวทาง เจื่อนไซ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริหารจัดการเป็น Global budget ระดับเขต โดยคำนวณวงเงินในแต่ละเขต ดังนี้

1.1. ตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดย สปสช.ส่วนกลางจะกำหนดจำนวนและรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 สำหรับแต่ละเขต เพื่อหน่วยบริการแม่ข่ายที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แล้ว ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วยตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย จัดสรรเหมาจ่ายรายละ 13,636 บาท สำหรับให้บริการตามแนวทางการบริหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetic self Management program) ดังนี้

1.1.1. Diabetic self management education 11 module (DSME)

1.1.2. บริการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) พร้อมเครื่องตรวจ

1.1.3. บริการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, LDL, Microalbuminuria

ตรวจตาและตรวจเท้าอย่างละเอียด

1.2. งบที่เหลือ คำนวณดังนี้

1.2.1. จำนวนร้อยละ 40 คำนวณตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปี 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปี 2562

1.2.2. จำนวนร้อยละ 60 คำนวณตามผลงานภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/E-Claim) สปสช. ตามตัวชี้วัด จำนวน 7 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2562 ได้แก่

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

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

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

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

1.5) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา

1.6) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

1.7) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

สปสช.เขตจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งหน่วยบริการในสังกัดกรมแพทยทหารเรือ กรมแพทยทหารอากาศและทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ในพื้นที่ โดยให้มีกลไกคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับเขตมีส่วนร่วมในการพิจารณาการจัดสรรและมีหลักเกณฑ์ดังนี้

2.1. จ่ายแบบเหมาจ่าย เป็นค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รายละ 13,636 บาท โดยจ่ายเต็มจำนวน หลังจากหน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM เป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

2.2. ส่วนที่เหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จ่ายตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และผลการจัดสรรดังกล่าวต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.

ง. การกำกับติดตาม และประเมินผลการจัดสรร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช.มีกลไกคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ในปี 2562 สปสช.จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การกำกับติดตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผ่านโปรแกรม Thai-DSMP for Type1DM และกระบวนการตรวจสอบคุณภาพโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

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

3. รายงานผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4. ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ (District health board) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ

ส่วนที่ 2 บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ก. วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
2. มีการจัดระบบบริการจิตเวชระหว่างหน่วยบริการรับส่งต่อ-หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำกับเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ
3. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำใน รพ.ของผู้ป่วยเป้าหมาย

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน/ในชุมชน ได้รับจำนวน 72.0000 ล้านบาท เป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลในชุมชน จำนวน 12,000 ราย

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้
 - 1.1. ผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก F20 - F29 ที่เข้าเกณฑ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องใกล้ชิด (High risk) และไม่ซ้ำรายเดิม ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง/หรือเป็นเป้าหมายในปีที่ผ่านมา
 - 1.2. เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม Serious Mental illness with Violence: SMIV ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
 - 1.3. เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแล

มีศักยภาพไม่เพียงพอ อาจถูกล่ามโซ่ จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแล โดยชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

2. หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

2.1. หน่วยบริการพี่เลี้ยง ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนหรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด มีหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยง ร่วมให้บริการให้คำปรึกษา และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านหรือในชุมชน

2.2. หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น มีหน้าที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน โดยความร่วมมือกับครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหรือภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.1. การจัดสรรเงิน จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1. วงเงินไม่เกิน 12.0000 ล้านบาท (ประมาณ 1,000 บาทต่อราย) สำหรับหน่วยบริการพี่เลี้ยง เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

3.1.2. วงเงินไม่น้อยกว่า 60.0000 ล้านบาท (ประมาณ 5,000 บาทต่อราย) สำหรับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

3.2. การจัดสรรเป้าหมาย ดำเนินการ ดังนี้

3.2.1. การคำนวณเป้าหมาย ใช้จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส ICD10: F20 - F29 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 30 มีนาคม 2561

3.2.2. การจัดสรรเป้าหมาย สปสช.ส่วนกลางจัดสรรเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ให้ สปสช.เขตจัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยงและหน่วยบริการประจำ ตามสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายโดยไม่ซ้ำกับผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา

3.3. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้

3.3.1. ครั้งที่ 1 จ่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2562 เมื่อหน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ลงทะเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรมการบันทึกข้อมูล “Care transition F20 - F29” ภายในวันที่ 15 มีนาคม 2562

3.3.2. ครั้งที่ 2 จ่ายไม่เกินร้อยละ 50 ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2562 เมื่อหน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิบันทึกข้อมูลการจัดบริการ/การเยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรมการบันทึกข้อมูล “Care transition F20 - F29” ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2562

3.4. การบันทึกข้อมูล

หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิบันทึกข้อมูลการจัดบริการ/เยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรมบันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอกและส่งออก 43 แฟ้ม โดยเฉพาะแฟ้มที่เกี่ยวกับ Community Service ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และหรือ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ในโปรแกรม “Care Transition F20 - F29” ที่บริหาร จัดการโดย รพจนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการเบิกจ่ายในแกหน่วยบริการปีละ 2 ครั้ง

3.5. บทบาทของหน่วยงาน

3.5.1. สปสช.เขต

1) ประสานงาน สร้างความเข้าใจหน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

2) เสนอแผนผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3) จัดสรรเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้แก่หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561

4) เบิกจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

5) ประเมินผลร่วมกับหน่วยบริการ ทุกระดับ

3.5.2. หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

2) ร่วมจัดทำและดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และมอบสมุดประจำตัว/สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย

3) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา และร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน

4) ประเมินทัศนคติของชุมชน และสถานภาพด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับอยู่ในสังคม/ชุมชนได้

5) รวบรวมสรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงานระดับเขต

3.5.3. หน่วยบริการประจำ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ หรือทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักจิตวิทยาคลินิก เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายดำเนินตามแผน

4) บันทึกข้อมูลการจัดบริการ/เยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรม “Care transition F20 - F29”

5) ประสานสนับสนุน/พัฒนาระบบสื่อสารให้คำปรึกษา และร่วมดูแลผู้ป่วย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา เพื่อดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคน

6) รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงานระดับเขต

3.5.4. หน่วยบริการพี่เลี้ยง

1) วิเคราะห์สถานการณ์ระดับจังหวัด/เครือข่ายบริการ ด้านการเข้าถึงและคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และศักยภาพหน่วย/สถานบริการที่เกี่ยวข้อง

2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ ทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน

3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในความรับผิดชอบ

4) พัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษา/ส่งต่อ ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วย ที่หน่วยบริการประจำ ปฐมภูมิ และที่บ้านผู้ป่วย อย่างน้อยหน่วยบริการประจำละ 1 ครั้ง

5) สรุปรวบรวมผลการดำเนินงานและสรุป รายงาน สปสช./กลไกการทำงานระดับเขต

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจ่าย

1. ติดตามกำกับการจัดสรร/การจ่ายเงินของ สปสช.เขต

2. การกำกับติดตามตัวชี้วัด ได้แก่

2.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมาย เข้าถึงบริการ และภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 อัตราผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบ (Relapse) หรืออาการไม่ดีขึ้น ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2.3 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาค้ำจากอาการกำเริบ (Relapse) ในโรงพยาบาล (Readmission rate) ลดลง

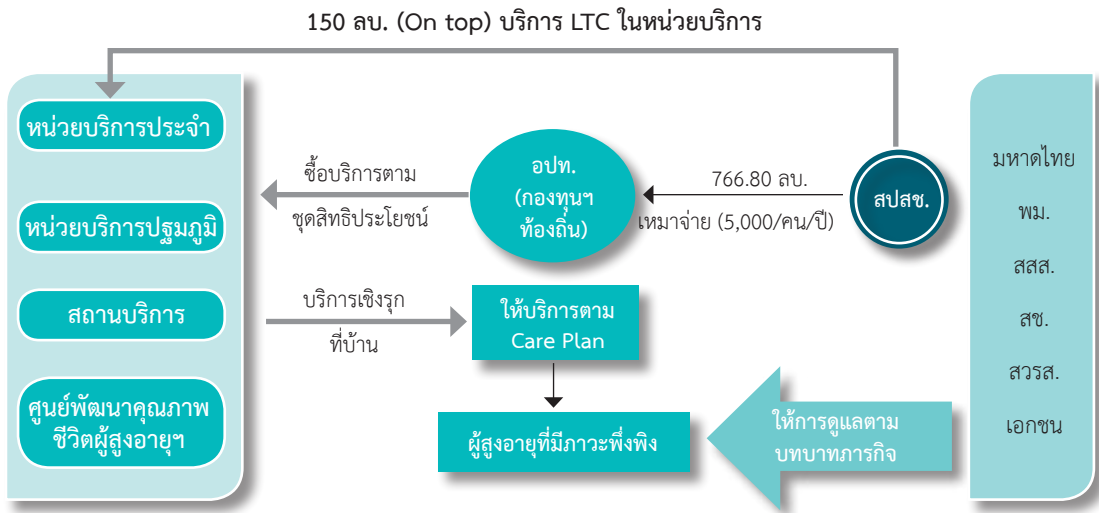
2.4 ผลการเยี่ยมผู้ป่วยตามแผน และผลการประเมิน 9 ด้าน ผู้ป่วยในระดับ 1 ร้อยละ 80

ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะแรกหน่วยบริการจะเป็นหลักในการจัดบริการและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อในระยะต่อไป อปท.จะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดบริการดูแลระยะยาวฯ เชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการในพื้นที่

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2562 สปสช.ได้รับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จำนวน 916.8000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) เป้าหมายจำนวน 152,800 คน โดยกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้



ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีเจตนารมณ์ให้ อปท. ที่ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) ซึ่งมีความพร้อม ความเหมาะสม และได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานให้ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการ LTC โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1.1. จำนวน 150.0000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้น พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชน และบริการสุขภาพชุมชน แห่งละ 100,000 บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมาย และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ โดยขอเขตการดำเนินงาน มีดังนี้

1.1.1. จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม ดัชนี บาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ออกเป็น 4 กลุ่มและประเมินความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้ง ให้ลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC)

1.1.2. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ท้องถิ่น

1.2. จำนวน 741.8000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

1.3. จำนวน 25.0000 ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานคร ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ทั้งนี้ สำนักงานฯ สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการข้อ 1.1 ถึง 1.3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอนค่าบริการ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) ให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น (รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562)

2. การบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562 มีดังนี้

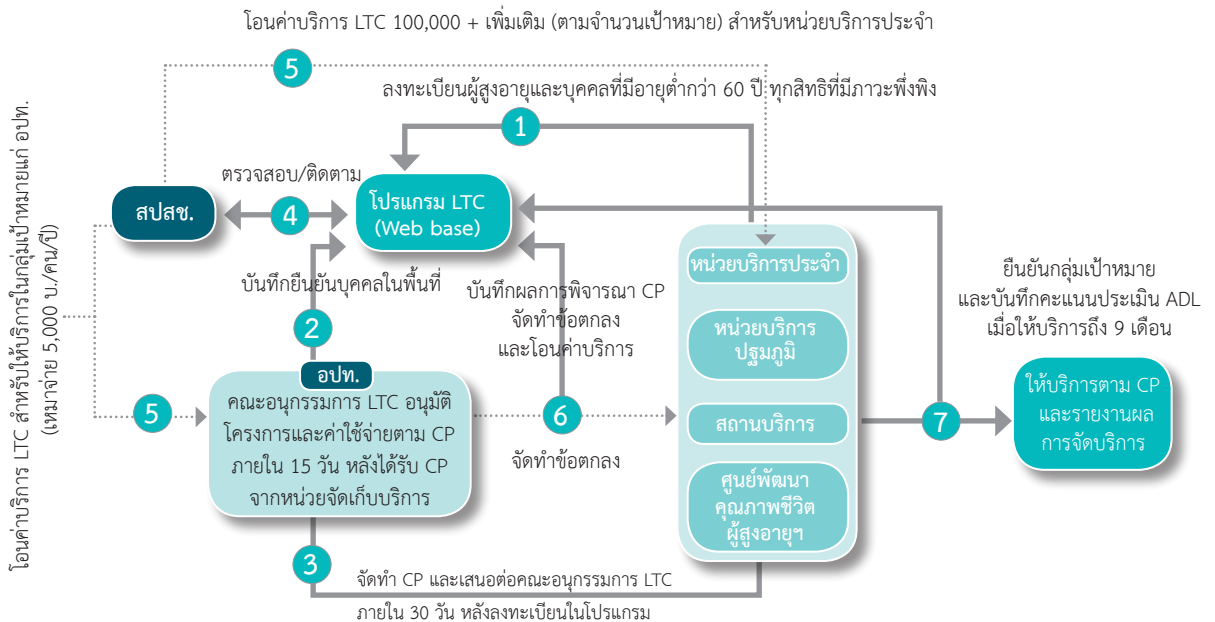
เพื่อให้การบริหารจัดการงบบริการ LTC เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพิจารณาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปีงบประมาณ 2562 จึงเน้นการจัดบริการต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายของ อปท.พื้นที่เดิม (ปี 2559-2561) กรณีจะขยายการให้บริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท.พื้นที่ใหม่ ให้คำนึงถึงความสมัครใจ ความพร้อมของ อปท. เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการ LTC) ความพร้อมของเอกสารประกอบการดำเนินการด้านธุรกรรมทางการเงิน ความพร้อมของ CM และ CG ที่ผ่านการอบรมแล้ว เป็นต้น

กรณี อปท. พื้นที่ใหม่ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน และเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” แยกออกจากบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น กรณีมีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับ ธกส. ให้เปิดบัญชีกับธนาคารของรัฐอื่นได้ โดยเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง อปท.กับ สปสช. โดยหลังจากนั้น สปสช.เขตรวบรวมส่งเอกสารให้ สปสช.ส่วนกลางเพื่อโอนค่าบริการฯ ต่อไป

3. ขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562

ปีงบประมาณ 2562 สปสช.ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการงบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้นำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับลงทะเบียนรายบุคคลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิ สถานะของการมีชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น

เพื่อประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และกองทุนฯ ท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ สรุปรวมผังโดยมีรายละเอียด ดังนี้



..... : การโอนงบ

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป/มีชีวิต/สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 กรณีไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายให้ใช้งบกองทุนฯ ท้องถิ่น

ใช้งานโปรแกรม LTC ที่ <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login>

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
1	หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) ร่วมกับ อปท.สำรวจและประเมินผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์) หลังจากได้ผลการประเมิน ให้หน่วยจัดบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ในโปรแกรมฯ
2	อปท. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการลงทะเบียนและบันทึกโปรแกรมฯ เพื่อยืนยันบุคคลในพื้นที่
3	ให้หน่วยจัดบริการเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ CP พร้อมค่าบริการเหมาจ่าย ต่อรายต่อปีตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย รายใหม่และรายเก่าภายใน 30 วัน หลังลงทะเบียนในโปรแกรม
4	สปสช.ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลผ่านเงื่อนไขการจ่าย (อายุ 60 ปีขึ้นไป/ มีชีวิต/ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) การดำเนินการ ขั้นตอนนี้จะขนานไปกับขั้นตอนที่ 3

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5	สปสช. โอนค่าบริการ LTC ดังนี้ 5.1 โอนให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่าย แบ่งเป็น 12 งวด ดังนี้ งวดที่ 1 โอนภายในเดือน ต.ค. 2561 (ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ย. 2561) งวดที่ 2 โอนภายในเดือน พ.ย. 2561 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ต.ค. 2561) งวดที่ 3 โอนภายในเดือน ธ.ค. 2561 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 พ.ย. 2561) งวดที่ 4 โอนภายในเดือน ม.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ธ.ค. 2561) งวดที่ 5 โอนภายในเดือน ก.พ. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ม.ค. 2562) งวดที่ 6 โอนภายในเดือน มี.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 28 ก.พ. 2562) งวดที่ 7 โอนภายในเดือน เม.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 มี.ค. 2562) งวดที่ 8 โอนภายในเดือน พ.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 เม.ย. 2562) งวดที่ 9 โอนภายในเดือน มิ.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 พ.ค. 2562) งวดที่ 10 โอนภายในเดือน ก.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 มิ.ย. 2562) งวดที่ 11 โอนภายในเดือน ส.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ก.ค. 2562) งวดที่ 12 โอนภายในเดือน ก.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ส.ค. 2562) ทั้งนี้ข้อมูลไม่ซ้ำกับที่ได้จ่ายไปแล้ว 5.2 โอนให้กับหน่วยบริการประจำ 100,000 บาท/แห่ง (ภายในเดือน ต.ค. 2561) และโอนงบเพิ่มเติมภายในเดือน ก.ย. 2562 โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่ายตัดข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 2562
6	ให้คณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติโครงการฯ และค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน 15 วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ รวมทั้งจัดทำข้อตกลงและโอนงบค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ หลังจากได้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ให้ อบต./บันทึกผลการพิจารณา CP / วันที่จัดทำข้อตกลง (วันเริ่มให้บริการตาม CP) ในโปรแกรมฯ
7	หน่วยจัดบริการบันทึกและรายงานผลการดูแลตาม CP ดังนี้ - ดูแลถึง 9 เดือน ให้บันทึกผลการประเมิน ADL กลุ่มเป้าหมายในโปรแกรมฯ และ อบต./บันทึกยืนยันเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ จาก สปสช. ตามขั้นตอน 1-3 นี้ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับค่าบริการฯ ต่อเนื่อง ให้หน่วยจัดบริการจัดทำ CP เพื่อยืนยันขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ ท้องถิ่นก่อนสิ้นสุดโครงการฯ - ดูแลครบ 1 ปี ให้รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ LTC ตามข้อตกลงเมื่อให้บริการตาม CP ครบ 1 ปี (ไม่ต้องบันทึกผลการประเมิน ADL เมื่อครบ 1 ปี ในโปรแกรมฯ) และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนฯ ท้องถิ่นเพื่อทราบผลการดำเนินงาน

4. การบริหารจัดการงบค่าบริการ LTC กรณีเงินค่าบริการ LTC เหลือ มีดังนี้

4.1. กรณีค่าบริการ LTC ที่ อปท. (กองทุนฯ ท้องถิ่น) ได้รับจาก สปสช. เหลือเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนสิทธิการรักษา สูญหาย หรือเสียชีวิต ให้หน่วยจัดบริการค้นหากลุ่มเป้าหมายรายใหม่เพื่อทดแทนรายเก่าและลงทะเบียนรายทดแทนในโปรแกรมฯ โดยหน่วยจัดบริการ หรือ อปท.เป็นผู้บันทึกไม่ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ และหน่วยจัดบริการจัดทำ CP รายทดแทนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติต่อไป กรณีไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ ให้ อปท. นำงบค่าบริการ LTC ไปใช้สำหรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ในปีถัดๆ ไป

4.2. กรณีเงินค่าบริการ LTC ที่หน่วยที่จัดบริการได้รับจาก อปท. เหลือเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูญหายหรือเสียชีวิตก่อนหรือระหว่างการให้บริการดูแลตาม CP ให้หน่วยจัดบริการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงานนั้นถือปฏิบัติ เนื่องจากค่าบริการดูแลระยะยาวฯ ที่ อปท. จ่ายให้เป็นการเหมาจ่าย/คน/ปี จึงไม่ต้องส่งคืนกองทุนฯ ท้องถิ่น

5. การให้บริการฯ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย

กรณีพบว่ามีบุคคลที่อายุต่ำกว่า 60 ปี หรืออายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยจัดบริการอาจจัดทำโครงการและ CP เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ ท้องถิ่นพิจารณาสนับสนุนจากงบบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่น โดยนำชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดมาใช้ในการสนับสนุน ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับรวมถึงเงินกองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีอยู่

ง. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. ตัวชี้วัด: อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการตาม Care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

$$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท.โอนค่าบริการ LTC ให้หน่วยจัดบริการในปีงบประมาณ 2562}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท.ที่ได้รับค่าบริการ LTC จาก สปสช. ในปีงบประมาณ 2562}} \times 100$$
2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
 - 2.1. ระดับประเทศ มีดังนี้
 - 2.1.1. กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ.และ สปสช.
 - 2.1.2. กลไกคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน LTC ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.
 - 2.1.3. กลไกคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.
 - 2.1.4. กลไกคณะทำงานร่วมระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช.
 - 2.1.5. การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช.ส่วนกลาง
 - 2.2. ระดับพื้นที่ มีดังนี้
 - 2.2.1. กลไกคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต
 - 2.2.2. กลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.)
 - 2.2.3. คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 2.2.4. การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความจำเป็น
 - 2.2.5. การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช.เขต
3. การใช้ข้อมูลจากโปรแกรม LTC และรายงานบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บทที่ 7

การบริหารค่าบริการสาธารณสุข เพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับ ปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ ครอบครัว

บทที่
7

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

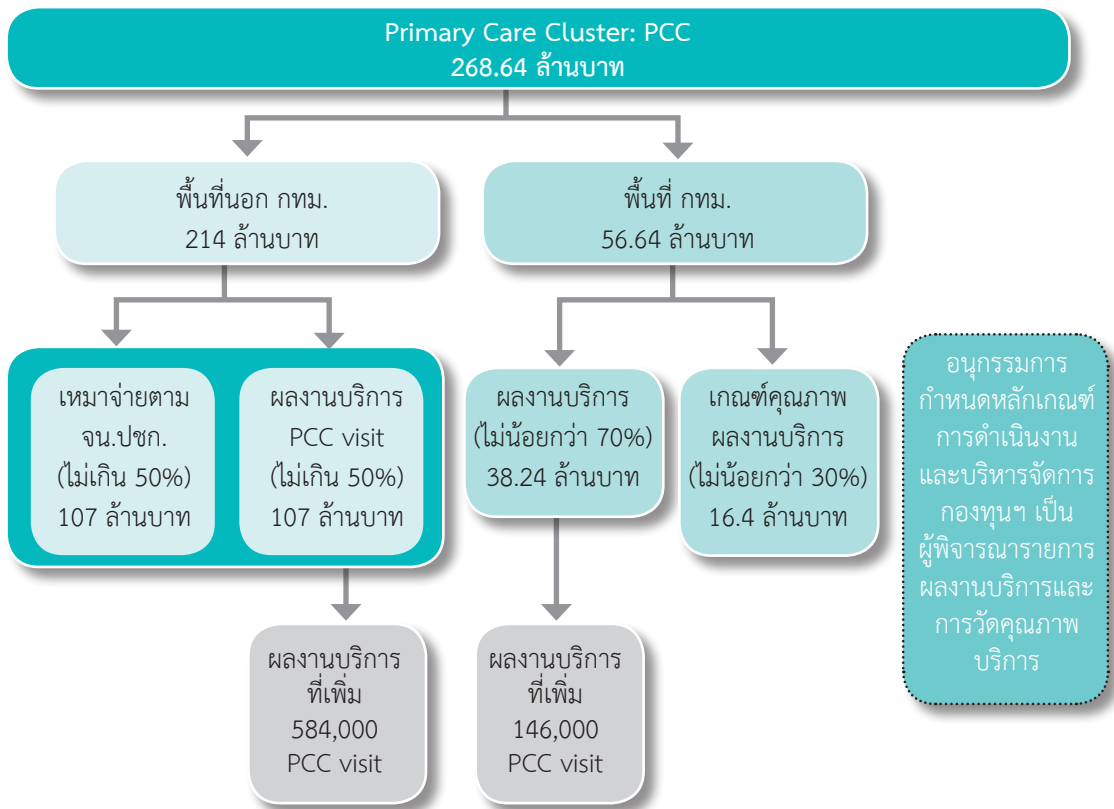
ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างมีคุณภาพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเปราะบางหรือเข้าไม่ถึงบริการ
3. เพิ่มคุณภาพและบริการแบบไร้รอยต่อ

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

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2562 ได้รับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำนวน 268.6400 ล้านบาท ครอบคลุมทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร



ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ขอบเขตบริการ

1.1 จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขหรือตามที่สำนักงานกำหนด เป็นเครือข่ายหน่วยบริการที่มีศักยภาพ บริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยคุณสมบัติของคลินิกหมอครอบครัวต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

ที่	ด้านบุคลากร (STAFF)
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์
2	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน
3	นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน
ด้านระบบการจัดบริการ (SYSTEM)	
4	มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน (+/- 2,000 คน) และตามบริบทของพื้นที่
5	มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
6	ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี - Application/LINE - โทรศัพท์/SMS

ที่	ด้านบุคลากร (STAFF)
7	ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
8	การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชน
9	ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ
10	ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

1.2 ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว

หน่วยบริการภาคเอกชนที่มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว จะต้องขออนุญาตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561

หน่วยบริการภาครัฐที่มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนเพื่อรับการประเมินและรับรองให้เป็นคลินิกหมอครอบครัว ให้เป็นไปตามประกาศที่สำนักงานที่กำหนด

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

สำหรับรายการบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว และหรือรายการผลงานบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว ที่จะใช้ในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานครและในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน โดย

1. จำนวน 214.0000 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการประจำ นอกเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยมีการจัดสรร ดังนี้

1.1. ไม่เกินร้อยละ 50 (107.0000 ล้านบาท) จัดสรรให้แก่คลินิกหมอครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียน ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 โดยเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คลินิกหมอครอบครัวนั้นรับผิดชอบ ใช้ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 เมษายน 2561 และจ่ายเงินภายในไตรมาส 1

1.2. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (107.0000 ล้านบาท) จ่ายตามรายการบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว และหรือตามผลงานบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว จ่ายเงินภายในเดือนกันยายน 2562

2. จำนวน 54.6400 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว และให้แนวทาง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

2.1. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จ่ายตามรายการบริการแบบคลินิกหมอครอบครัวและหรือตามผลงานบริการแบบคลินิกหมอครอบครัว

2.2. ไม่เกินร้อยละ 30 จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยวงเงิน ระหว่างข้อ 1 และข้อ 2 ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

4. ให้ สปสช.เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้คลินิกหมอครอบครัวมีการบูรณาการกลไกการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ง. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามการดำเนินงานของ PCC ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไกระดับประเทศ เขต/จังหวัด

2. ติดตาม ประมวลผล ผลงานบริการปฐมภูมิที่เพิ่มขึ้น

ภาคผนวก



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๗ มาตรา ๑๘ (๔)(๑๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖ และข้อ ๑๐ ของระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๔

/เรื่อง...

เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๔ และประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการ ของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้ และให้คณะอนุกรรมการ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารกองทุนเป็นที่ปรึกษาผู้รักษาการตามประกาศนี้ในการตีความและวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๗ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๑๙,๑๓๐.๒๖๕๒
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๔๗,๓๑๔.๙๖๔๕
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๐๔๖.๓๓๕๐
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๘,๒๘๑.๗๙๖๐
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๑๓๕.๐๒๕๐
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๙๑๖.๘๐๐๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔๐๐
รวมทั้งสิ้น	๑๘๑,๕๘๔.๐๙๓๗
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	๑๓๔,๒๖๙.๑๒๙๒

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดภายใต้ แนวคิดหลัก ดังนี้

- ๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- ๗.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- ๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และการบริการสาธารณสุข

๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความ

รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการ

สาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช.กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล เงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

๗.๔.๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการ

ให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๗.๔.๕ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ

อาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๖ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

/๗.๔.๗...

๗.๔.๗ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตามกำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๘ ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขหมวด ๒ ถึงหมวด ๘ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

หมวด ๒

รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๔๒๖.๕๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๕๗๕๐ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๑๗๑.๓๔
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๒๙๔.๙๔
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๕๗.๕๐
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๓๑.๔๓
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๖.๑๓
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๑๑.๖๑
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๔.๙๒
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	๒.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๓,๔๒๖.๕๖

หมายเหตุ - ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๖

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๑๑ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๓ รายการ ได้แก่

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๑๐.๓ บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๑๖๘.๐๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๑๑.๑ 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	๐.๓๘๙	๑.๓๔๘	๑.๔๗๒	๒.๓๕๑

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑๑.๔ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๔

/เรื่อง...

เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการนี้ที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน ๒.๓๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวมบริการตัดตึงเนื้อ (Polypectomy) โดยจ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๓.๑ จำนวน ๐.๙๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการคัดกรองด้วยวิธี FIT test ให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย ให้ปรับเปลี่ยนค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต ๑ ถึงเขต ๑๓ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปีของแต่ละเขต แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายหน่วยบริการตามแผนการดำเนินการที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๑๓.๒ จำนวน ๑.๓๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการตรวจยืนยันและการรักษาเบื้องต้น (การตรวจด้วยส่องกล้องพร้อมยาที่เกี่ยวข้อง การบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันและการบริการตัดตึงเนื้อ (Polypectomy)) ให้บริหารจัดการเป็นระดับประเทศแบบมีการกำหนดเป้าหมายระดับเขต และสปสข.สามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายระดับเขตได้ตามผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสข.กำหนด

ข้อ ๑๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสข. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสข.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๖ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสข.เขต ร่วมบริหารจัดการ

/และ...

และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีมีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช. หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๗ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๑๑ และข้อ ๑๓.๑อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. และให้ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๘ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๙ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๙.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๙.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต

ข้อ ๒๐ การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๒๐.๑ คำนวณการคาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม $adjRW$ ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย

๒๐.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม $adjRW$ ที่คาดการณ์ด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ $adjRW$

/๒๐.๓...

๒๐.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๒๐.๔ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๖ กรณีให้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัม ขึ้นไป (การให้บริการในเขต) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๒๐.๗ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ ๑๙.๒

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๙.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version ๕) และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

๒๑.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๒ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๓ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๔,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๔ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับ สถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

/๒๑.๕...

๒๑.๕ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากกระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๒๑.๖ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๗ ให้ สปสช.เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วประเทศ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) และหากเป็นรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการที่มีการปรับเงื่อนไขการจ่ายจากปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ ทั้งนี้หากทุกรายการบริการที่กำหนดไว้แล้วจะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะต้องมีการประเมินว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

๒๑.๘ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

๒๑.๘.๑ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๘.๒ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนี้ในถุงน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๘.๓ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๑.๘.๑ และข้อ ๒๑.๘.๒

๒๑.๘.๔ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW ไปจน Global budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW ให้ สปสช.จ่ายเงินที่กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๔.๑ เพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW หากเงินตามข้อ ๑๔.๑ มีไม่เพียงพอให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒๑.๙ ให้ สปสช.เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมาได้มีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

/ข้อ ๒๒...

ข้อ ๒๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการสำหรับประเทศตามข้อ ๑๙.๓ ให้จ่ายตามข้อ ๒๓.๘.๔ และเมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หากมีเงินคงเหลือ ให้ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๓.๘.๑ และข้อ ๒๓.๘.๒

ข้อ ๒๓ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยให้จ่ายข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๗ ให้ สปสช. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๘ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๒๙ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๑

ส่วนที่ ๓ บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๓๐ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์แผนกจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ได้แก่

/ข้อ ๓๐....

๓๐.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๓๐.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๓๐.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๓๐.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่

ข้อ ๓๑ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช.กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช.กำหนด

๓๓.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๓.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับ หน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช.กำหนดต่อครั้ง บริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

๓๓.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๓.๕ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๓๓.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบ ไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาดูแลด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา จ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และ ผู้ป่วย STEMI fast track

๓๔.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๔.๓.๑ เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๔.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการจัดบริการ

๓๔.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้ไม่เกินข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งไม่เกินข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) ของ สปสช.

/๓๔.๔...

๓๔.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฉีกฟูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแห้ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๕.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

๓๕.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาขดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

๓๕.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๔

๓๕.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วย ที่ให้บริการทำการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๓๕.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

(๑) เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

/๓๕.๓.๕...

๓๕.๑.๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไปและหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ รวมทั้งหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

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

๓๕.๓ การจัดการหัตถการสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสาธิตาภาชาชาติไทย จ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสาธิตาภาชาชาติไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๕.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๕.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายาควบคุมคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๕.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด ทั้งนี้ ไม่รวมผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๖.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ โดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๖.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ(๒) (ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ เป็นต้น โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวมวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๔ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้นั้นๆ

/ข้อ ๓๗...

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๗.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๗.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก ครอบครัว ค่าขึ้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่างๆ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๗.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อ ๓๘ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขขอรับการบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๓๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๓ ถึงข้อ ๓๗ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๔๐ เป็นค่าใช้จ่าย การจัดการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรง แก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๓๑.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๕๗๕๐ ล้านบาท เมื่อนำมาจัดสรร เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณจำนวน ๖๕.๗๐๐๐ ล้านบาท จึงเท่ากับ ๓๑๘.๙๘ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๑ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ได้แก่

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

๔๑.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๑.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)

๔๑.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic services)

๔๑.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน ๒๙.๖๔ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

/๔๒.๑...

๔๒.๑ ค่าวัคซีนต่างๆ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ โดยครอบคลุมดังนี้

๔๒.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยในปี ๒๕๖๒ รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib)

๔๒.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 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

๔๒.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช.กำหนด

๔๒.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่ายา และเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมาย ให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหาเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชุดเซตยาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๒.๓ ค่าบริการให้เด็กที่ผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติ ได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

๔๓.๑ พื้นที่ สปสช.เขต ๑-๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔๓.๒ พื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.)

๔๓.๓ ค่าบริการตามข้อ ๔๓.๑ และข้อ ๔๓.๒ หากมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๔

/ข้อ ๔๔...

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการคำนวณ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปี ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๔.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.)

๔๔.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่าย ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข

๔๔.๒.๑ ให้ สปสช.เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปีตั้งแต่ต้นปี และหากตามแผนงาน/โครงการที่เสนอดังแต่ต้นปีแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือ ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้จัดสรรให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

๔๔.๒.๒ จ่ายให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 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 ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน ๒๓๑.๓๔ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการ สถานบริการ หรือในชุมชน โดยจ่ายให้หน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ดังนี้

๔๕.๑ จำนวนไม่เกิน ๔๓.๒๒ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๔๕.๒ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘๘.๑๒ บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้

๔๕.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$)

๔๕.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ เป็นรายหน่วยบริการประจำ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๐ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ หรือที่เป็นปัจจุบัน

/๔๕.๓...

๔๕.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำหรับประชากรไทยอื่น ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข

๔๕.๔ สำหรับกรณี สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๕.๓ ข้อ ๔๕.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๔๕.๕ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชช.)

ข้อ ๔๖ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๖.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๖.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๗ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๘ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๔๒ ถึงข้อ ๔๖ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๕

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๖.๑๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

/๕๑.๑...

๕๑.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ประมาณ ๑.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารภาพรวมระดับประเทศ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิด้านฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การตามจ่ายกรณีข้ามเขต และค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/ค่าบริการที่เป็นโครงการนำร่อง

๕๑.๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ (ประมาณ ๑๔.๕๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางบริหารดังนี้

๕๑.๒.๑ บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย ๓๔) และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูล ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

๕๑.๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ครอบคลุมบริการต่างๆ ดังนี้

(๑) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการและไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

(๒) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื่องที่บ้าน และบริการในชุมชน (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขตแล้ว)

(๓) ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

(๔) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

๕๑.๒.๓ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๑.๒.๑ ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ และหรือประกาศที่เกี่ยวข้อง โดยอัตราการสมทบให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

ข้อ ๕๒ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๑.๑ ถึง ข้อ ๕๑.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๕๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

/บริการ...

บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนักบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ส่วนที่ ๖ บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๕๕ เป็นค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

๕๖.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ประมาณ ๑.๑๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ ที่เป็นหน่วยบริการต้นแบบการบริการการแพทย์แผนไทย

๕๖.๒ ไม่เกินร้อยละ ๔๕ (ประมาณ ๕.๒๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๖.๑

๕๖.๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๕ (ประมาณ ๕.๒๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๖.๑

ข้อ ๕๗ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๖.๑ ถึง ข้อ ๕๖.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๕๘ ปี ๒๕๖๓ การจ่ายค่าบริการตามผลการบริการการแพทย์แผนไทย อาจจะจ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการการแพทย์แผนไทยที่มีแพทย์แผนไทยวิชาชีพปฏิบัติงานเพื่อประกันคุณภาพมาตรฐานบริการที่ประชาชนจะได้รับ โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อนักบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ส่วนที่ ๗ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๙ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

/ลงวันที่...

ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖๐ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๖๑ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๖๑.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๖๑.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือและการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ ให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๖๑.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

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

๖๑.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๖๑.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 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

๖๑.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๖๑.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข จะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๖๑.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๖๒ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖๓ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๙

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๖๔ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๖๕ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ ร่วมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๖

ข้อ ๖๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย มีดังนี้

๖๖.๑ ให้จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆให้หน่วยบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๕ ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ ให้ใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ OP/PP/IP individual record (ไม่ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่)

๖๖.๒ แนวทางและรายละเอียดเกณฑ์การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ส่วนที่ ๑๐

การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๗ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ)

ข้อ ๖๘ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

/๖๘.๓...

๖๘.๑ แยกเขตอำนาจในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบ สำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๘.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๘.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๘.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลดจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ

๖๘.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

๖๘.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ.จะส่งให้ สปสช.ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๑

ส่วนที่ ๑๑

การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๙ ให้สามารถกันเงินไว้รับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

/๖๙.๑...

๖๔.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ไม่เกิน ๑๐,๐๔๕.๐๐๐๐ ล้านบาท) ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี ๒๕๖๒ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าดวงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๔.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย หน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑

หมวด ๓

รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๐ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๐๔๖.๓๑๕๐ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๒,๘๐๘.๓๑๕๐
๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๒๐๐.๐๐๐๐
๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓๘.๐๐๐๐
รวม	๓,๐๔๖.๓๑๕๐

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๓ ดังนี้

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๑

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุม บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ดูกายอนามัย และสำหรับผู้สมัครใจเข้ารับบริการการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๗๒.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการตาสู่ทางทวาร และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค ในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือเป็นทหารกองพลจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๔

๗๒.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในงบประมาณ ๒๕๖๒ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๗๒.๓ กรณีให้บริการ การบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการ การให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๗๒.๔ สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๗๒.๕ สนับสนุนดูกายอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๔

๗๒.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและ เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๒

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

๗๔.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถูกยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๗๔.๒ จำนวนไม่เกิน ๒๘.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์ยังคงความร่วมมือกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ส่วนที่ ๓

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๕ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่ได้รับการบริการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

/ข้อ ๗๖ ...

ข้อ ๗๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หมวด ๔

รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๗ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๘,๒๘๑,๗๖๐ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ส่งมาใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๗๘.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๗๘.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๘.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๘.๔ การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

/ข้อ ๗๙...

ข้อ ๗๙ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดทำ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ข้อ ๘๐ ปี ๒๕๖๒ ให้มีการนำร่องโครงการความร่วมมือการจัดบริการการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis :APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ให้มีการติดตามประเมินการนำร่องก่อนเริ่มขยายผลไประยะต่อไป

หมวด ๕

รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๘๑ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๑๓๕.๐๒๕๐ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	๑,๐๖๓.๐๒๕๐
๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	๗๒.๐๐๐๐
รวม	๑,๑๓๕.๐๒๕๐

ส่วนที่ ๑

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๘๒ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๐๖๓.๐๒๕๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานโดยในปี ๒๕๖๒ เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๘๓ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

๘๓.๑ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่คาดการณ์และอัตราเหมาจ่ายต่อราย เพื่อบริการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG), คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ๕ รายการ, Diabetic self management support ๑๑ module เช่น การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

๘๓.๒ ส่วนที่เหลือคำนวณร้อยละ ๖๐ ตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และร้อยละ ๔๐ คำนวณตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

/ข้อ ๘๔...

ข้อ ๘๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายหรือตามผลงานบริการให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อบสข. ภายใต้เงื่อนไขอย่างน้อยต้องเป็นไปตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT

ข้อ ๘๕ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสข. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘๖ ให้ สปสข. จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามแนวทางราชวิทยาลัย/สมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ส่วนที่ ๒ การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๗ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๒.๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๘๘.๑ ไม่เกิน ๑๒.๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่เสี่ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

๘๘.๒ ไม่น้อยกว่า ๖๐.๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

หมวด ๖ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๙ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

/ข้อ ๙๐...

ข้อ ๔๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑

หมวด ๗

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๔๑ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๑๖.๘๐๐๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีเป้าหมายจำนวน ๑๕๒,๘๐๐ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๔๒.๑ จำนวน ๑๕๐.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้นพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชน แห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้

๔๒.๒ จำนวน ๗๔๑.๘๐๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๔๒.๓ จำนวน ๒๕.๐๐๐๐ ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้การดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๔๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๔๒.๑ ถึง ข้อ ๔๒.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

/หมวด ๘...

หมวด ๘

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๔๔ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ข. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีงบประมาณจำนวน ๒๖๘.๖๔๐๐ ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๔๕.๑ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการร่วม ให้บริการ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (หน่วย PCC)

๔๕.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๔๕.๒.๑ รายการบริการแบบ PCC และหรือรายการผลงานบริการแบบ PCC ที่ใช้ในการจ่ายค่าใช้จ่ายในข้อ ๔๕.๒.๒ และข้อ ๔๕.๒.๓ ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔๕.๒.๒ จำนวน ๒๓๔๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

๔๕.๒.๓ จำนวน ๕๔.๖๔๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(๑) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๔๕.๒.๔ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียววงเงินระหว่างข้อ ๔๕.๒.๒ และข้อ ๔๕.๒.๓ ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๔๖ ให้ สปสช. เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกให้หน่วย PCC มีการบูรณาการกลไกการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

/หมวด ๘...

หมวด ๙

คำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๗ คำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ได้แก่

๙๗.๑ บริการกรณีเฉพาะ ตามข้อ ๓๕.๑.๒ ข้อ ๓๖.๒ และข้อ ๓๗.๒

๙๗.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามข้อ ๔๒.๑

๙๗.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามข้อ ๗๒.๑ และข้อ ๗๒.๕

๙๗.๔ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามข้อ ข้อ ๗๔ สำหรับน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ และยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๙๘ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น คำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๙.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๙.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชุดเขยคำยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามอัตราจ่ายที่สปสข.กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๑๐๐ กรณีจำเป็นให้ สปสข.จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙๙.๑ ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

ข้อ ๑๐๑ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๑๐๒ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๑๐๒.๑ หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

๑๐๒.๒ หากไม่มีการจัดหาค้างไว้ให้ส่งคืนกองทุนพร้อมดอกเบี้ย (ถ้ามี)

/๑๐๒.๓...

๓๐๒.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเสนอของงบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๑๐๓ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายอย่างน้อยทุกไตรมาส

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อย่อ: นพ. ร

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บันทึก

บันทึก

