

## ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘ (๔) (๑๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖ และข้อ ๑๐ ของระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๐ วันที่ ๔ กันยายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 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

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

#### หมวด ๑

#### การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ประกอบด้วยรายการต่าง ๆ จำนวน ๗ รายการ ดังนี้

| รายการ                                                                                               | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว                                                                   |                     |
| ๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ                                                           | ๑๑๑,๑๗๙.๐๘๓๒        |
| ๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                         | ๔๔,๘๔๐.๕๓๙๒         |
| ๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์                                                           | ๓,๒๑๘.๒๔๙๖          |
| ๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง                                                                        | ๘,๑๖๕.๖๐๗๐          |
| ๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง                                                          | ๑,๐๘๐.๗๐๓๓          |
| ๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดง พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ | ๑,๔๙๐.๒๘๘๐          |
| ๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง                                                | ๑,๑๕๙.๒๐๐๐          |
| ๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว                     | ๒๔๐.๐๐๐๐            |
| รวมทั้งสิ้น                                                                                          | ๑๗๑,๓๗๓.๖๗๐๓        |
| รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)                                 | ๑๒๖,๕๓๓.๑๓๑๑        |

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

๗.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการบริการสาธารณสุข

๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการ สาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่าย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการ ที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล เงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการ ที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผน และวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหายา) โดยให้เครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

๗.๔.๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลัง การให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปิงบประมาณ

๗.๔.๕ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๖ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๗.๔.๗ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช. ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอขอ งบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๘ ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๘ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการ และประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการ หรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

## หมวด ๒

## รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๓,๑๙๗.๓๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๗๙๗๐ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ                                                                                                                                                        | จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป                                                                                                                                           | ๑,๑๖๗.๔๑            |
| ๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป                                                                                                                                            | ๑,๑๑๓.๙๓            |
| ๓. บริการกรณีเฉพาะ                                                                                                                                                  | ๓๓๗.๐๘              |
| ๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค                                                                                                                              | ๔๑๕.๕๕              |
| ๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์                                                                                                                                 | ๑๖.๑๓               |
| ๖. บริการการแพทย์แผนไทย                                                                                                                                             | ๑๑.๖๑               |
| ๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) | ๑๒๘.๖๙              |

| ประเภทบริการ                                             | จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| ๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ | ๔.๙๒                |
| ๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ                   | ๒.๐๐                |
| รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)                                   | ๓,๑๙๗.๓๒            |

หมายเหตุ - ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๕

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๑๑ ในหมวดนี้

### ส่วนที่ ๑

#### บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy) และบริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๓ รายการ ได้แก่

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๑๐.๓ บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๑๕๖.๑๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๑๑.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ±๑๐%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอก

ตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

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

ที่มา คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน ๒.๒๘ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายในลักษณะโครงการให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๓.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย ให้ปรับเกลี้ยค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต ๑ - เขต ๑๓ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐ - ๗๐ ปีของแต่ละเขต

๑๓.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยรูปแบบระบบบริการหรือเงื่อนไขบริการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๑๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

ข้อ ๑๖ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช. เขตร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช. เขต

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

## ส่วนที่ ๒

### บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๘ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) และบริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis))

ข้อ ๑๙ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. เขต ตามแนวทางการคำนวณ ดังนี้

๑๙.๑ คำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version ๕ เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ดังนี้

๑๙.๑.๑ กรณีการใช้บริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง) กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ (กรณีที่มีเหตุอันสมควร หรือกรณีอื่น ๆ ตามที่ระบุในข้อบังคับมาตรา ๗ ที่มีการใช้บริการจากหน่วยบริการในระบบและนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

และกรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากกระบบทางเดินปัสสาวะ ให้ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight: adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑๙.๑.๒ กรณีเด็กแรกเกิด ให้ใช้ค่าผลรวมของ adjRW ตามหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและแนวโน้มอัตราการเกิด

๑๙.๑.๓ กรณีผู้ป่วยในทั่วไปอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กรณีข้อ ๑๙.๑.๑ ถึงข้อ ๑๙.๑.๒ ให้ใช้ปัจจัยและสัดส่วนในการคำนวณเช่นเดียวกับปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และให้มีการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปรับเปลี่ยนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังนี้

(๑) ร้อยละ ๕๕ มาจากจำนวนผลงานที่เป็นค่าผลรวมของ adjRW (ตาม Workload) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต โดยเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่มีการปรับลดค่ายาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

(๒) ร้อยละ ๔๕ มาจากจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐาน (Relative weight: RW) ที่คำนวณมาจากค่า RW เฉลี่ยต่อผู้มีสิทธิตามโครงสร้างอายุเป็นค่าภาพรวมระดับประเทศ คูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต (ตาม RW ต่อผู้มีสิทธิรายกลุ่มอายุ) จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต ดังนี้

| ประเภท          | กลุ่มอายุ (ปี) |       |         |         |         |         |         |       | เฉลี่ยทุกอายุ |
|-----------------|----------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------------|
|                 | ๐ - ๔          | ๕ - ๙ | ๑๐ - ๑๔ | ๑๕ - ๒๔ | ๒๕ - ๔๔ | ๔๕ - ๕๙ | ๖๐ - ๖๙ | ≥๗๐   |               |
| ใช้บริการในเขต  | ๐.๐๘๔          | ๐.๐๓๒ | ๐.๐๒๘   | ๐.๐๕๕   | ๐.๐๗๑   | ๐.๑๒๗   | ๐.๒๔๘   | ๐.๔๑๕ | ๐.๑๑๔         |
| ใช้บริการนอกเขต | ๐.๐๑๓          | ๐.๐๐๕ | ๐.๐๐๔   | ๐.๐๐๘   | ๐.๐๑๑   | ๐.๐๑๕   | ๐.๐๒๕   | ๐.๐๒๖ | ๐.๐๑๓         |

ที่มา คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRGs version ๕ ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล เดือนเมษายน ๒๕๕๗ (ไม่รวมเด็กแรกเกิดและการผ่าตัดต่อกระดูก)

๑๙.๒ จำนวนเงิน Global budget ระดับเขต คำนวณดังนี้

๑๙.๒.๑ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ (ทั้งการให้บริการที่หน่วยบริการในระบบและนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามระบบ UCEP) ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนด และจำนวนผู้ป่วยเป็นไปตามจำนวนที่คาดการณ์ไว้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑๙.๒.๒ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามมาตรา ๗ ทอนส่วนกับจำนวน adjRW ที่คาดการณ์ในการคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๑๙.๒.๓ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW จากข้อ ๑๙.๑ คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๒.๔ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยให้ใช้ค่าผลรวม adjRW จากข้อ ๑๙.๑ คูณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๙.๒.๕ กรณีใช้บริการในเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW เฉพาะบริการในเขตจากข้อ ๑๙.๑ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๑๙.๓ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version ๕) และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนดดังนี้

๒๐.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช. เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

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

๒๐.๓ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช. และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

๒๐.๔ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตราที่ สปสช. กำหนด

๒๐.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๖ ให้ สปสช. เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) และหากเป็นรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการที่มีการปรับเงื่อนไขการจ่ายจากปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ทั้งนี้หากทุกรายการบริการที่กำหนดไว้แล้วจะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะต้องมีการประเมินว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

๒๐.๗ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่น ๆ ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละ Global budget ระดับเขต โดยอัตราจ่ายขึ้นอยู่กับจำนวนเงิน Global budget ระดับเขตแต่ละเขตกับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของแต่ละเขต

๒๐.๘ ให้ สปสข. เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษาหรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๑ การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้บริหารเป็น Global budget ระดับเขตรายเดือน โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน

ข้อ ๒๒ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสข. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๓ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสข. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๔ ให้ สปสข. เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๕ สปสข. เสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในให้ทราบทั่วกัน โดยเฉพาะกรณีมีการใช้บริการนอกเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่า ๒) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ ทั้งการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

ข้อ ๒๖ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ข้อ ๒๗ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขต ที่มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๐

ข้อ ๒๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการ และผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

### ส่วนที่ ๓

#### บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๒๙ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการ เป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติ จะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ได้แก่

๒๙.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๒๙.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๒๙.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๒๙.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่

ข้อ ๓๐ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช. กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็นเป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๒.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ใช้ สปสช. กำหนด

๓๒.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๒.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑-๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับ หน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช. กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

๓๒.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

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

๓๒.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วน

ในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนด ตามแผนการรักษา จ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และผู้ป่วย STEMI fast track

๓๓.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๓.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๓.๓.๑ เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. เขต และหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๓๓.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช. เขตทุกเขต ต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการจัดบริการ

๓๓.๓.๓ ให้ สปสช. ดำเนินการศึกษากลวิธีที่เหมาะสมในการผ่าตัดต่อกระดูกที่มุ่งเป้าการแก้ปัญหาตาบอดและสายตาลีอนกลางรุนแรงจากต่อกระดูก (Blinding & Severe low vision)

๓๓.๓.๔ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่น ๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

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

๓๓.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน ที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช. ประกาศกำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็นจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๓๔.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการ ตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเซชของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาขดเซชที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมนั้น ๆ

๓๔.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับบริการการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ รับส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ การให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

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

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช. เขตทุกเขต ต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบ การคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

(๓) ทั้งนี้ในงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๓๔.๑.๕ ในงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไป และหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

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

๓๔.๓ การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย จ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๔.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๔.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดี ตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๔.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

๓๕.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ (๒) (ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วย

โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่น ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ เป็นต้น สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย เพื่อใช้นั้น ๆ

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ ๓๖.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๖.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก ครอบคลุมค่ายา ค่าขนส่งทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่าง ๆ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๖.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ข้อ ๓๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๒ ถึงข้อ ๓๖ ได้ ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

#### ส่วนที่ ๔

##### บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๓๙ เป็นค่าใช้จ่าย การจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๑๕.๕๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๗๙๗๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคน ๖๕.๗๐๐๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๐๘.๖๔ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๐ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น ประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ได้แก่

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

๔๐.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๐.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)

๔๐.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic services)

๔๐.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน ๓๓.๖๙ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

๔๑.๑ ค่าวัคซีนต่าง ๆ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ โดยครอบคลุม ดังนี้

๔๑.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ

๔๑.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุมากกว่า ๖๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี

๔๑.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด

๔๑.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่ายาและเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมาย ให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหาเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชย ค่ายาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๑.๓ ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นนโยบายหรือปัญหา สำคัญระดับประเทศหรือเป็นบริการใหม่ที่ต้องมีการจัดระบบบริการภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการ ในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน โดย

๔๒.๑ พื้นที่ สปสช. เขต ๑ - ๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน หากมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๔

๔๒.๒ พื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร หากยังไม่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๔

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน บริหารเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปี ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๓.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board)

๔๓.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. โดยจ่ายให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 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

๔๓.๓ หากมีเงินเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจำนวน ๒๑๖.๙๕ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการ สถานบริการ หรือในชุมชน โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ดังนี้

๔๔.๑ ร้อยละ ๖๐ ให้ปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ  $\pm$  ๑๐%)

๔๔.๒ ร้อยละ ๔๐ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ เป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๕๙ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ หรือที่เป็นปัจจุบัน

๔๔.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำหรับประชากรไทยอื่นให้ สปสช. เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๔๔.๔ สำหรับกรณี สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๔.๑ และข้อ ๔๔.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๕.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๕.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๖ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

ข้อ ๔๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๔๑ ถึงข้อ ๔๕ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการปรับรูปแบบการจัดการหาบริการและแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

## ส่วนที่ ๕

### บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๖.๑๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

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

๕๑.๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ (ประมาณ ๑๔.๕๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางบริหาร ดังนี้

๕๑.๒.๑ บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย ๗๔) และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูล ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐

๕๑.๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้จ่ายตามแนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตราที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ทั้งนี้ครอบคลุมบริการต่าง ๆ ดังนี้

(๑) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการ และไม่เกินราคากลางที่ สปสช. กำหนด และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

(๒) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื้อที่บ้าน และบริการในชุมชน (สำหรับกรณีผู้ป่วยโดยรวมอยู่ใน 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 ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๑.๑ ถึงข้อ ๕๑.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๕๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะหลังเฉียบพลัน (Subacute)

ทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

### ส่วนที่ ๖

#### บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๕๔ เป็นค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จ่ายตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

๕๕.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ประมาณ ๑.๑๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ ที่มีศักยภาพและการบริการที่เป็นหน่วยบริการต้นแบบการบริการการแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ

๕๕.๒ ไม่เกินร้อยละ ๔๐ (ประมาณ ๔.๖๔ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่มีศักยภาพบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๕.๑

๕๕.๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (ประมาณ ๕.๘๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทย โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๕.๑

ข้อ ๕๖ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๕.๑ ถึงข้อ ๕๕.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

### ส่วนที่ ๗

#### ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๗ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของ

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕๘ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๕๙ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๕๙.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๕๙.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือ และการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ ให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๕๙.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๙.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๙.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๙.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

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

๕๙.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่น ๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๕๙.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

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

๕๙.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๕๙.๔ การเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน จะไม่มีการเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน หากหน่วยบริการอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครบปีงบประมาณ แต่การเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนจะเกิดขึ้นกรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข

๕๙.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

## ส่วนที่ ๘

### เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๖๐ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖๑ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 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 ๙

##### การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๖๒ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๖๓ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ ร่วมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๕

ข้อ ๖๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย มีดังนี้

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

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

#### ส่วนที่ ๑๐

##### การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๕ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ เฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐ ที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับ

หน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ)

ข้อ ๖๖ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๖๖.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่าง ๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่น ๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๖.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๖.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๖.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช. เขต ๑ - เขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลดจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ

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

๖๖.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงานงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกลุ่มงานประกัน สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ. จะส่งให้ สปสช. ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐

#### ส่วนที่ ๑๑

การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๗ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี้ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

๖๗.๑ ไม่เกิน ๓,๐๐๐ ล้านบาท สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด

๖๗.๒ ไม่เกิน ๗,๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการปรับเกลี้ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๗.๓ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี้ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย หน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ. จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี้ยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๐

#### หมวด ๓

#### รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๖๘ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๓,๒๑๘.๒๔๙๖ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ                                                                 | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง                      | ๒,๙๕๒.๒๔๙๖          |
| ๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี                                           | ๒๐๐.๐๐๐๐            |
| ๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ | ๖๖.๐๐๐๐             |
| <b>รวม</b>                                                                   | <b>๓,๒๑๘.๒๔๙๖</b>   |

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๓ ดังนี้

### ส่วนที่ ๑

#### บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖๙ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการ ดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยงอนามัย รวมถึงการติดตามการรักษาและเยี่ยมบ้านในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และสำหรับผู้ที่สมัครใจเข้ารับบริการการบริการให้การศึกษาและตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรองและการตรวจ ยืนยันไวรัสตับอักเสบบี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการ ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๗๐.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค ในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูก ล่วงละเมิดทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผน และวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๒ กรณีบริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการ ตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับ

๗๐.๒.๑ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR

๗๐.๒.๒ การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 cell count)

๗๐.๒.๓ การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load testing)

๗๐.๒.๔ การตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส (Drug resistance)

๗๐.๒.๕ การตรวจเลือดพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT)

๗๐.๒.๖ วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือดและค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ

๗๐.๓ กรณีให้บริการ การบริการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงาน ที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับ

๗๐.๓.๑ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing)

๗๐.๓.๒ การให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๗๐.๔ สนับสนุนค่าบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม อันได้แก่ การให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๗๐.๕ สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การศึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๐.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด

## ส่วนที่ ๒

### การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เน้นเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยดำเนินการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายแบบเหมาจ่ายตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ และหรือตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็น

ต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

## ส่วนที่ ๓

## สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับบริการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับบริการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จ่ายตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ และหรือตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ สำหรับ

๗๔.๑ การพัฒนาการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ให้เข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

๗๔.๒ การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

๗๔.๓ สนับสนุนการตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (EQA) และการตรวจรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Laboratory accreditation: LA) ของหน่วยบริการและหน่วยชั้นสูตร ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๗๔.๔ สนับสนุนการบริการติดตามการรักษาผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการติดตามการส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมในหน่วยบริการ

## หมวด ๔

## รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๕ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๘,๑๖๕.๖๐๗ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูล ที่ส่งมาในปี หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๗๖.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุม ค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้น การสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๗๖.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยน มารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยใน ใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๖.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๖.๔ การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาค และผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผล ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๗๖.๕ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

## หมวด ๕

## รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๗๗ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๑,๐๘๐.๗๐๓๓ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่าง ๆ ดังนี้

| ประเภทบริการ                                                                                                                      | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) | ๑,๐๑๙.๒๐๓๓          |
| ๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน                                                                                          | ๖๑.๕๐๐๐             |
| รวม                                                                                                                               | ๑,๐๘๐.๗๐๓๓          |

## ส่วนที่ ๑

## บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๗๘ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๐๑๙.๒๐๓๓ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหลื่อมจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน

ข้อ ๗๙ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

๗๙.๑ ร้อยละ ๖๐ ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT ทั้งนี้ให้รวมตัวชี้วัดเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy)

๗๙.๒ ส่วนที่เหลือตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

ข้อ ๘๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหลื่อมจ่ายให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT

ข้อ ๘๑ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อาจจะปรับสัดส่วนการจัดสรรตามคุณภาพผลงาน บริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิเพิ่มขึ้น โดยประมวลผลข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการต่าง ๆ จากระบบ ข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records)

## ส่วนที่ ๒

### การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๒ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๖๑.๕๐๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๘๓.๑ ไม่เกิน ๑๐.๒๕ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่าย ให้หน่วยบริการที่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการ ที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

๘๓.๒ ไม่น้อยกว่า ๕๑.๒๕ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบ เหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวช เป้าหมายที่ลงทะเบียน

## หมวด ๖

### ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๔ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข เพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ.

ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่าน

ความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐

#### หมวด ๗

### ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๘๖ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๑๕๙.๒๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีเป้าหมายจำนวน ๑๙๓,๒๐๐ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๘๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๘๗.๑ จำนวน ๑๕๐.๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้นพื้นที่ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชน เฉลี่ยแห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้

๘๗.๒ จำนวน ๙๘๔.๒๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

๘๗.๓ จำนวน ๒๕.๐๐ ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับกรุงเทพมหานคร โดยคำนึงถึงความเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๘๘ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๘๗.๑ ถึงข้อ ๘๗.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

#### หมวด ๘

### ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๘๙ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ช. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีงบประมาณจำนวน ๒๔๐.๐๐ ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชนในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๙๐.๑ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่จัดให้มีบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติเป็น “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)” ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนด PCC เป้าหมายเป็น ๒ ช่วง คือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และ ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑

๙๐.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๙๐.๒.๑ จำนวน ๒๐๐.๐๐ ล้านบาท สำหรับ PCC เป้าหมายในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร ดังนี้

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ให้จ่ายตามจำนวนประชากรและหรือที่คลินิกหมอครอบครัว

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ให้จ่ายตามผลการบริการที่เพิ่มขึ้นจากบริการปกติของ PCC เป้าหมาย

๙๐.๒.๒ จำนวน ๔๐.๐๐ ล้านบาท สำหรับ PCC เป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(๑) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการที่เพิ่มขึ้นของ PCC เป้าหมาย ทั้งนี้ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการได้

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๙๐.๒.๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียววงเงินระหว่างข้อ ๙๐.๒.๑ และข้อ ๙๐.๒.๒ ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๙๑ ให้ สปสช. เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้ PCC มีการบูรณาการกลไกการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District health board) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่าง ๆ หรือจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

หมวด ๙

ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์  
ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๒ ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ได้แก่

๙๒.๑ บริการกรณีเฉพาะ ตามข้อ ๓๔.๑.๒ ข้อ ๓๕.๒ และข้อ ๓๖.๒

๙๒.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามข้อ ๔๑.๑

๙๒.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามข้อ ๗๐.๑ และข้อ ๗๐.๕

๙๒.๔ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามข้อ ๗๖ สำหรับน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ และยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๙๓ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพื่อดำเนินการจัดหา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๔.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๔.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชดเชยค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๙๕ กรณีจำเป็นให้ สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙๔.๑ ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

ข้อ ๙๖ เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๙๗ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๙๗.๑ หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหา ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

๙๗.๒ หากไม่มีการจัดหาครั้งถัดไปให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกผล (ถ้ามี)

๙๗.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๙๘ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายอย่างน้อยทุกไตรมาส

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ