ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘(๔) ประกอบมาตรา ๗ มาตรา ๓๘ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๖ และมาตรา ๔๗ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมติในการประชุมครั้งที่ ๘ / ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด ทั้งนี้ในกรณีที่เรื่องใดได้กำหนดไว้แล้วในปีที่ผ่านๆ มา ให้หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขดังกล่าวนั้นมีผลใช้บังคับต่อไป จนกว่าจะมีการประกาศกำหนดขึ้นใหม่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๗

(ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘
ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๗

หมวด ๑
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๖ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๐๒,๕๓๐.๗๒๔
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๓๘,๑๘๘.๐๒๑
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๒,๘๑๑.๙๐๑
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๕,๒๔๗.๒๒๔
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๙๐๘.๙๘๗
๕. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ (หน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย)	๔๖๔.๘๐๔
๖. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	๓,๐๐๐.๐๐๐
รวมทั้งสิ้น	๑๕๓,๑๕๑.๖๖๑
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)	๑๑๔,๙๖๓.๖๔๐

ข้อ ๒ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม จึงครอบคลุมถึงการจ่ายให้แก่สถานบริการ หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล ที่สนับสนุนหรือส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้วย

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปและสอดคล้องกับมาตรา ๗ มาตรา ๑๘ มาตรา ๓๘ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๖ และ มาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ด้วย

ข้อ ๔ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

๔.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

๔.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

๔.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

๔.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๔.๔.๑ การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) มากขึ้น ภายใต้การตัดสินใจของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นภายในเขตพื้นที่ และมีการจัดบริการครบถ้วนสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่

๔.๔.๒ ในการดำเนินงานบริหารกองทุน ให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรวมทั้งองค์กรประชาชน ที่รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำข้อตกลงหรือสัญญา หรือหนังสือแสดงความจำนงตอบรับที่มีรายละเอียดข้อตกลงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบ ตามที่ สปสช.กำหนด

๔.๔.๓ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้สถานบริการ หน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร หรือบุคคล มีส่วนร่วมให้บริการได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๔.๔.๔ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน มีการจ่ายเป็นเงินสำหรับการบริการสาธารณสุข/การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และจ่าย.เป็นเวชภัณฑ์ที่ สปสช. จัดหาหรือให้องค์การเภสัชกรรม/หน่วยงานอื่นๆ จัดหาให้

๔.๔.๕ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๔.๔.๖ เนื่องจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ไม่ครอบคลุมต้นทุนค่าแรงลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยบริการ ในส่วนที่ปรับเพิ่มกรณีค่าแรงขั้นต่ำ ๓๐๐ บาทต่อวัน และกรณีปริญญาตรีไม่ต่ำกว่า ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน ประกอบกับการได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวเท่าปีที่ผ่านมา และไม่ได้รับงบประมาณตามเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ ดังนั้น

(๑) ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน โดยต้องการดำเนินการมาตรการต่างๆ ที่ช่วยลดต้นทุนการบริการให้ใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา

(๒) ต้องเพิ่มประสิทธิภาพที่ระดับหน่วยบริการ เพื่อควบคุมต้นทุนบริการให้เหมาะสม

(๓) กรณีที่จำนวนบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ ทั้งที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและหน่วยบริการแล้ว ให้ใช้เงินคงเหลือตามระบบบัญชีเงินกองทุนรายการ "รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม"มาจ่ายได้ และ/หรือ ให้ของบประมาณเพิ่มเติม

๔.๔.๗ กรณีหากจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๗ แล้วมีเงินเหลือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้จัดสรรเงินที่เหลือนั้นให้หน่วยบริการตามจำนวนประชากรหรือผลงานการให้บริการ

ข้อ ๕ ให้ สปสช. มีอำนาจออกประกาศ คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติและควบคุมกำกับตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒
รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๖ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๒,๘๙๕.๐๙ บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๖๐๖ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๐๕๖.๙๖
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๙๙๘.๒๖
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๐๑.๐๑
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๓๘๓.๖๑
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๔.๙๕
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๘.๑๙
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ (มาตรา ๔๑)	๓.๓๒
๙. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ	๐.๑๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	๒,๘๙๕.๐๙

หมายเหตุ - ประเภทบริการที่ ๒ ไม่รวมค่ายาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยในโรคมะเร็ง โดยค่ายาเคมีบำบัดจะรวมอยู่ในประเภทรายการที่ ๓

- ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ - ๑๐ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑
บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๗ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๘ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต ตามแนวทางการคำนวณ ดังนี้

๘.๑ จำนวน ๘๓๐.๘๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน และปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด โดยให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 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	๐.๕๒๙	๐.๔๑๙	๐.๒๙๐	๐.๔๑๕	๐.๗๙๐	๑.๓๗๓	๓.๙๕๑	๒.๒๓๒

ที่มา คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๓

๘.๒ จำนวน ๒๒๖.๑๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ และคำนึงถึงพื้นที่ประชากรเบาบาง

๘.๓ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๙ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต ให้เป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับพื้นที่ได้โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ข้อ ๑๐ กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๐.๑ ไม่น้อยกว่า ๓๗.๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ โดยให้บูรณาการการบริหารจัดการรวมกับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ (บูรณาการบริหารจัดการระดับเขต) เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ให้หน่วยบริการ/สถานบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ตามเกณฑ์วัด ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) ด้านคุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (๒) ด้านคุณภาพและผลงานการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (๓) ด้านคุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ และ (๔) ด้านคุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองความต้องการสุขภาพและ

บริการเสริมของประชาชนในพื้นที่ โดยเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิกลางที่ สปสช. กำหนด และสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิระดับพื้นที่ได้

๑๐.๒ ไม่เกิน ๑๘.๐๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก

๑๐.๓ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑,๐๐๑.๘๗ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดย

๑๐.๓.๑ ให้จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัดไม่น้อยกว่าที่คำนวณในข้อ ๘.๑ และอาจปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับหน่วยบริการ (CUP) ได้

๑๐.๓.๒ ส่วนที่เหลือให้จ่ายในอัตราที่เท่ากัน หรือปรับอัตราจ่ายตามปัจจัยความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละเขตพื้นที่

๑๐.๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ/กรมแพทย์ทหารบก ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ/กรมแพทย์ทหารบก

๑๐.๕ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) อาจเกลี่ยงบที่ได้รับไปสนับสนุนหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ประชากรเบาบาง ในภาพรวมระดับประเทศ โดยให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง และวงเงินที่จำเป็นต้องใช้

ข้อ ๑๑ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

ส่วนที่ ๒
บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๒ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จะมีความแตกต่างจากปีงบประมาณ ๒๕๕๗ คือ

๑๒.๑ ไม่ครอบคลุมค่ายาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปลี่ยนไปใช้ค่าใช้จ่ายจากประเภทรายการบริการกรณีเฉพาะ ดังนั้นในการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไปจะมีการปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในส่วนค่ายาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง

๑๒.๒ ให้ครอบคลุมบริการกรณีการวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดของบริการแบบ Ambulatory care

ข้อ ๑๓ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต ตามแนวทางการคำนวณ ดังนี้

๑๓.๑ คำนวณจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version ๕ เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ดังนี้

๑๓.๑.๑ กรณีการใช้บริการตามระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง) กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ (กรณีที่มีเหตุอันสมควร หรือกรณีอื่นๆ ตามที่ระบุในข้อบังคับมาตรา ๗ ที่มีการใช้บริการจากหน่วยบริการในระบบและนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และกรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ ให้ใช้ค่าผลรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted relative weight: adjRW) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๑๓.๑.๒ กรณีผู้ป่วยในทั่วไปอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรณีข้อ ๑๓.๑.๑ ให้ใช้ปัจจัยและสัดส่วนในการคำนวณเช่นเดียวกับปีงบประมาณ ๒๕๕๗ และให้มีการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปรับเปลี่ยนในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ดังนี้

(๑) ร้อยละ ๕๕ มาจากจำนวนผลงานที่เป็นค่าผลรวมของ adjRW (ตาม workload) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำแนกเป็นการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต โดยเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่มีการปรับลดค่ายาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

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

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)								
	๐ - ๔	๕ - ๙	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๒๔	๒๕ - ๔๔	๔๕ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	≥๗๐	เฉลี่ยทุกอายุ
ใช้บริการในเขต	๐.๐๗๘	๐.๐๓๒	๐.๐๒๘	๐.๐๕๔	๐.๐๖๙	๐.๑๑๙	๐.๒๓๓	๐.๓๗๘	๐.๑๐๖
ใช้บริการนอกเขต	๐.๐๑๓	๐.๐๐๕	๐.๐๐๔	๐.๐๐๘	๐.๐๑๑	๐.๐๑๖	๐.๐๒๗	๐.๐๓๑	๐.๐๑๓

ที่มา คำนวณจากข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (RW) ตามระบบ DRGs version ๕ ด้วยข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล เดือนเมษายน ๒๕๕๕ ถึง มีนาคม ๒๕๕๖ (ไม่รวมเด็กแรกเกิดทุกราย)

๑๓.๒ จำนวนเงิน Global budget ระดับเขต คำนวณดังนี้

๑๓.๒.๑ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ (ทั้งการใช้บริการที่หน่วยบริการในระบบและนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๑๓.๒.๒ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW จากข้อ ๑๓.๑ คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๑๓.๒.๓ กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยเป็นไปตามจำนวนที่คาดการณ์ไว้ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๑๓.๒.๔ กรณีใช้บริการในเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW เฉพาะบริการในเขตจากข้อ ๑๓.๑ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต โดยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขตมาจากการคำนวณภาพรวมระดับประเทศด้วยจำนวนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปทั้งหมดหักเงินในข้อ ๑๓.๒.๑ ถึงข้อ ๑๓.๒.๒ และหารด้วยผลรวมค่า adjRW เฉพาะบริการในเขต จากข้อ ๑๓.๑

๑๓.๓ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๑๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตให้เป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับพื้นที่ได้โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

ข้อ ๑๕ กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๕.๑ การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต

๑๕.๑.๑ จำนวนไม่เกิน ๒๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยให้ อปสช. พิจารณาแนวทางการจ่ายตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

๑๕.๑.๒ ที่เหลือให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ และ ตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่กำหนดที่สามารถเพิ่มเติมในระดับพื้นที่ได้

๑๕.๒ เงื่อนไขบริการและอัตราที่กำหนด ดังนี้

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

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

๑๕.๒.๓ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น

(๑) กรณีอุบัติเหตุ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติและกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ทั้งนี้หน่วยบริการประจำต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับสถานบริการอื่น

หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

๑๕.๒.๔ การใช้บริการภายในเขต ให้อัตราจ่ายต่อ adjRW เป็นอัตราเดียวในแต่ละ Global budget ระดับเขต โดยขึ้นอยู่กับจำนวนเงิน Global budget ระดับเขตแต่ละเขต กับจำนวนผลงานที่เป็นค่า adjRW ของแต่ละเขต และสามารถกำหนดอัตราจ่ายเป็นอย่างอื่นเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้

๑๕.๒.๕ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

๑๕.๒.๖ การกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายเพิ่มเติมที่ระดับพื้นที่ ต้องเป็นไปเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

๑๕.๓ การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่ใช้บริการภายในเขต

๑๕.๓.๑ ให้ สปสช. กำหนดอัตราจ่ายต่อ adjRW ที่เหมาะสมตั้งแต่ต้นปี และอาจปรับเปลี่ยนได้ระหว่างปีโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

๑๕.๓.๒ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๑) หาก Global budget ระดับเขตไม่เพียงพอ ให้ยกยอดผลงานบริการไปใช้ค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขตในปีถัดไป

(๒) หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ อปสช. พิจารณาจัดสรรส่วนที่เหลือให้หน่วยบริการเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

๑๕.๔ กรณีข้อมูลการใช้บริการในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ที่หน่วยบริการส่งภายหลังการจ่ายเงินจาก Global budget ระดับเขตเสร็จสิ้นแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการส่งล่าช้าหรือกรณีอุทธรณ์ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขตในปีถัดไป ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรการรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๑๕.๕ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ/กรมแพทย์ทหารบก ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ/กรมแพทย์ทหารบก

๑๕.๖ ให้ สปสช.เสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกันเพื่อร่วมกันตรวจสอบและพัฒนาระบบการจัดบริการ โดยเฉพาะกรณีมีการใช้บริการนอกเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่า ๒) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาตรฐานต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ ทั้งการใช้บริการในเขตและการใช้บริการนอกเขต

๑๕.๗ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการ เพื่อ

ประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๘

ข้อ ๑๖ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๑๕

ส่วนที่ ๓
บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๑๗ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นบริการกรณีเฉพาะ จำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพผลงานบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการกรณีบริการเฉพาะ ๔) กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารจัดการแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๑๘ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๑๙ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช.กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒๐ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๒๐.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

๒๐.๒ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑-๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายส่วนที่ไม่เกินเพดานต่อครั้งบริการที่กำหนด และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

๒๐.๓ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๒๐.๔ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

๒๐.๕ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๗ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนสิทธิ หรือกรณีเด็กแรกเกิดทุกราย ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๒๑.๑ การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๒๑.๒ การติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอชไอวี

๒๑.๒.๑ สำหรับการให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๒๑.๒.๒ สำหรับการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ได้แก่ การฉีดยา Ganciclovir เข้าที่ vitreous จ่ายตามจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๒๑.๒.๓ สำหรับกรณีอื่นๆ ให้เป็นไปตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์กำหนดเพิ่มเติม

๒๑.๓ 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 tract) เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา จ่ายตามราคาที่กำหนด

๒๑.๔ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๒๑.๕ การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเป็นบริการที่ดำเนินการให้บริการในโรงพยาบาลและการดำเนินงานแบบหน่วยเคลื่อนที่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

๒๑.๖ การบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy) จ่ายตามราคาที่กำหนด

๒๑.๗ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จ่ายตามราคาที่กำหนด

๒๑.๘ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

ข้อ ๒๒ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการกรณีบริการเฉพาะ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๒๒.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling โดยมีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน ที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ ที่ สปสช.ประกาศกำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๒๒.๑.๑ จ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

๒๒.๑.๒ สปสช.อาจสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค

๒๒.๒ การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) เพื่อให้บริการส่วนประกอบของเลือดให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดหรือป้องกันภาวะเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ โดยแบ่งการดูแลตามอายุและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นทั้งผู้ป่วยรายเก่าที่ได้ลงทะเบียนไว้แล้วและผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เข้าร่วมในโครงการการบริหารจัดการโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) จ่ายตามราคาที่กำหนด

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

๒๒.๔ การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย จ่ายเหมาจ่ายตามจำนวนเป้าหมายบริการ

๒๒.๕ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๒๒.๕.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ และตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒๒.๕.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา โรคไขกระดูกผิดปกติ Inborn error of metabolisms primary immune deficiencies และ Severe aplastic anemia โดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้อ ๒๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

๒๓.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เป็นการสนับสนุนในรูปแบบของยารายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้นๆ รวมถึงค่าบริหารจัดการในการจัดหายา และค่าขนส่งยา โดยแนวทางการจ่ายชดเชยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช.กำหนด สำหรับยารายการต่างๆ ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาตามบัญชี จ(๒) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆ เช่น ยากำพร้า เป็นต้น

ข้อ ๒๔ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีบริการที่ต้องบริหารจัดการแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามราคากำหนด สำหรับ

๒๔.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง

๒๔.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ครอบคลุมค่ายา ค่าชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยเป็นการสนับสนุนในรูปแบบของยารายการต่างๆ และหรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่างๆ

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

ข้อ ๒๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๘

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๒๐ ถึงข้อ ๒๔ (ยกเว้น ข้อ ๒๐.๑ และข้อ ๒๒.๑) ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง และเงินที่กำหนดไว้ในประเภทรายการบริการกรณีเฉพาะ ไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการสูงกว่างบประมาณที่ได้รับทั้งที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแล้ว ให้ใช้เงินคงเหลือตามระบบบัญชีเงินกองทุนรายการ "รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม"มาจ่ายได้ และ/หรือ ให้ยกยอดผลงานบริการไปใช้ค่าใช้จ่ายจากประเภทบริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณถัดไป และ/หรือ ให้ของบประมาณเพิ่มเติมในปีถัดไป

ส่วนที่ ๔
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๒๗ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวสำหรับประชาชนไทยทุกคน

ข้อ ๒๘ เงินที่ได้รับจำนวน ๓๘๓.๖๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๖๐๖ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคน ๖๕.๑๐๔ ล้านคน จึงเท่ากับ ๒๘๖.๔๐ บาทต่อคน[๑]

ข้อ ๒๙ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๓ รายการ ได้แก่

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

๒๙.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๒๙.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic services)

ข้อ ๓๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ ตามข้อ ๒๙.๑ จำนวน ๒๗ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

๓๐.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยให้หน่วยบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๓๐.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล โดยเป็นค่าวัคซีนและค่าการจัดการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุมากกว่า ๖๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี และกลุ่มเป้าหมายอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้หน่วยบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ สำหรับค่าการจัดการเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์และอัตราที่ สปสช.กำหนด

๓๐.๓ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพและค่าเวชภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์ตามความจำเป็น โดยสนับสนุนผ่านกรมอนามัย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือดำเนินงานโดย สปสช. เพื่อจัดพิมพ์/จัดหาและจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๓๐.๔ ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นนโยบายสำคัญระดับประเทศ ตามแนวทางที่เห็นชอบโดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าใช้จ่ายบริการและค่าสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/องค์กร

ข้อ ๓๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชนตามข้อ ๒๙.๒ จำนวน ๔๕ บาทต่อคน บริหารเป็นระดับเขตสำหรับสาขาเขต ๑-๑๒ เพื่อเป็น

---

[๑] บาทต่อคน หมายถึง จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน

ค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน หากมีเงินที่เหลือให้ปรับเกลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๓๒.๓ โดยความเห็นชอบของ อปสข. สำหรับกรณีพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓-กรุงเทพมหานคร ซึ่งยังไม่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ให้ สปสช.จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ตามข้อ ๓๒

ข้อ ๓๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ตามข้อ ๒๙.๓ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๑๔.๔๐ บาทต่อคน

๓๒.๑ บริหารเป็นระดับเขต โดยคำนวณและจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต แต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตามจำนวนประชากร โครงสร้างอายุ ผลงานบริการ/อัตราความครอบคลุมบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (รวมถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน) แก่ประชาชนไทยทุกคนทั้งในและนอกหน่วยบริการ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการแก้ปัญหาพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/องค์กร/ภาคประชาชน

๓๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจาก Global budget ระดับเขต ให้เป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับพื้นที่ได้โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๓๒.๓ กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๓๒.๓.๑ ไม่น้อยกว่า ๒๐ บาทต่อคน เพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการโดยบูรณาการการจัดการกับ*งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ* จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ

๓๒.๓.๒ ไม่เกิน ๘ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/องค์กร/ภาคประชาชน กรณีพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓-กรุงเทพมหานคร ให้สามารถปรับค่าใช้จ่ายได้มากกว่าที่กำหนด โดยความเห็นชอบของ อปสข.

๓๒.๓.๓ ไม่เกิน ๕ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ การกำกับติดตามและประเมินผล การมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพประสิทธิผลการบริการ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และระบบสุขภาพชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงหรือคุณภาพบริการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนหรือหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/องค์กร/ภาคประชาชน

๓๒.๓.๔ ส่วนที่เหลือ (ประมาณ ๑๘๑.๔๐ บาทต่อคน) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ใช้บริการที่

หน่วยบริการ/สถานบริการ หรือในชุมชน โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคนที่อาจปรับด้วยโครงสร้างอายุ/ผลงานบริการ และหรือจ่ายตามรายการบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ

ข้อ ๓๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๓๐ ถึงข้อ ๓๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๕
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๔ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย คนพิการ และผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๕ การบริหารจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และค่าสนับสนุนและส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๔.๙๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

๓๖.๑ ไม่น้อยกว่า ๑๓.๙๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเป็นค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดย

๓๖.๑.๑ ครอบคลุมบริการต่างๆ ดังนี้

(๑) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการที่ สปสช. กำหนด

(๒) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ใช้รูปแบบการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ การบริการในชุมชน และการบริการในระบบทางเลือกต่างๆ (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขตแล้ว)

(๓) ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

(๔) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

๓๖.๑.๒ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ให้บริหารภาพรวมระดับประเทศ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิด้านฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การตามจ่ายกรณีข้ามเขต และค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/ค่าบริการที่เป็นโครงการนำร่อง

๓๖.๑.๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางบริหารดังนี้

(๑) บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการตาม ท.๗๔ และผลงานบริการ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

(๒) การจ่ายเป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับพื้นที่ได้โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

(๓) กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย ให้การจ่ายต้องคำนึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการต่างๆ ตามข้อ ๓๖.๑.๑

๓๖.๒ ไม่เกิน ๑.๐๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และภาคีอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์กรคนพิการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น โดยการจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด

๓๖.๓ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๖.๑ และข้อ ๓๖.๒ ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ อัตราการสนับสนุนให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

๓๖.๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการรับส่งผู้ทุพพลภาพไปกลับหน่วยบริการ โดยการบริหารจัดการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามความเหมาะสม

ข้อ ๓๗ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๖.๑ ถึง ข้อ ๓๖.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๖
บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๓๘ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในการบริการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๙ บริหารเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ ผลงานบริการ และจำนวนหน่วยบริการ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๔๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย

๔๐.๑ การจ่ายเป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ในระดับพื้นที่ได้โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๔๐.๒ กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย ให้การจ่ายต้องคำนึงถึงจำนวนประชากร ผู้รับบริการ ผลงานบริการ และศักยภาพของหน่วยบริการตามมาตรฐานบริการแพทย์แผนไทย และอย่างน้อยต้องมีข้อมูลผลงานบริการและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด

ส่วนที่ ๗
ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๔๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๔๒ การบริหารจัดการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๖

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน มีดังนี้

๔๓.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการ

๔๓.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยบริการประจำ

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

๔๓.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๓.๑.๑ สำหรับบริหารระดับประเทศ/เขต/จังหวัด เพื่อส่งเสริมการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการส่งต่อไปใช้บริการนอกเขตพื้นที่ เช่น การพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน เป็นต้น โดยแนวทางการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้หน่วยบริการให้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๓.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

๔๓.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๔๓.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๔๓.๒ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๔๓.๓ การเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน จะไม่มีการเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน หากหน่วยบริการอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครบปีงบประมาณ แต่การเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนจะเกิดขึ้นกรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข

๔๓.๔ การบริหารจัดการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ข้อ ๔๔ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๕ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๔๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๔๗ กรณีที่เงินไม่เพียงพอ ให้ สปสช.ใช้เงินกองทุนจากรายการหรือประเภทบริการอื่นๆ จ่ายไปก่อน และให้ของบประมาณทดแทน

ส่วนที่ ๙
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๘ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔๙ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๕๐ หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ส่วนที่ ๑๐
การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๑ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง ดังมีรายละเอียดของรายการงบประมาณในภาคผนวก (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบ ที่ต้องปรับลดเท่ากับที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ)

ข้อ ๕๒ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

๕๒.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการภาครัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการภาครัฐอื่นๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๕๒.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๕๒.๓ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) ทุกสังกัด

๕๒.๔ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐในระบบ

๕๒.๔.๑ สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สป.สธ. ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้กำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ โดยให้มีคณะทำงานชุดหนึ่งประกอบด้วย ผู้แทน สป.สธ. หน่วยบริการ สปสช. และนักวิชาการหรือผู้ทรงคุณวุฒิ มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และเสนอให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังฯ พิจารณาภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ทั้งนี้หากมีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาสภาพคล่องของหน่วยบริการ อาจให้ปรับลดค่าแรงเพิ่มอีกไม่เกินร้อยละ 3 ของจำนวนเงินเดือนของ CUP

๕๒.๔.๒ สำหรับหน่วยบริการภาครัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑ – ๑๒ ให้บริหารการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ โดยให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนหน่วยบริการประจำ และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้ง

ในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ

๕๒.๔.๓ สำหรับสำหรับหน่วยบริการภาครัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ - กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ และแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการภาครัฐต้องผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

หมวด ๓
รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๕๓ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๒,๘๑๑.๙๐๑ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๒,๗๖๙.๔๐๑
๒. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๔๒.๕๐๐
รวม	๒,๘๑๑.๙๐๑

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๒ ดังนี้

ส่วนที่ ๑
บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕๔ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายตามความสมัครใจจากการทำ pre-test /post-test counselling โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจขันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๕๕ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๕๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๕๖.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัส.เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค โดยชดเชยเป็นยาต้านไวรัสและยาลดไขมันในเลือด ตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

๕๖.๒ กรณีบริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายชดเชยตามผลงานและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ได้ปรับเกณฑ์การส่งตรวจให้เป็นไปตามมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นแนวทางร่วมกันของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังนี้

๕๖.๒.๑ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR จ่ายให้หน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR กับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (รวมอุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างตรวจและค่าขนส่งแล้ว)

๕๖.๒.๒ การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 cell count) จ่ายให้หน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ CD4 กับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล

๕๖.๒.๓ การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load testing) จ่ายให้หน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ Viral load กับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๑,๓๕๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล

๕๖.๒.๔ การตรวจหาเชื้อดื้อต่อยาต้านไวรัส (Drug resistance) จ่ายให้หน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ Drug resistance กับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ Commercial kits) และอัตราไม่เกิน ๕,๕๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ In-house)

๕๖.๒.๕ การตรวจเลือดพื้นฐาน (CBC, BS, Cr, TG, , ALT) จ่ายให้หน่วยบริการที่จ่ายยาต้านไวรัสที่เป็นผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยใน ในอัตราไม่เกิน ๒๕ บาทต่อการตรวจรู้ผลต่อรายการ

๕๖.๒.๖ วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือดและค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ จ่ายให้หน่วยบริการหรือหน่วยชันสูตรที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๒๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ CD4, Viral load) และในอัตราไม่เกิน ๑๐๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล (สำหรับ Drug resistance)

๕๖.๓ บริการให้การปรึกษาและดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

๕๖.๓.๑ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ตามผลงานและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ในอัตราไม่เกิน ๑๔๐ บาทต่อการตรวจรู้ผล

๕๖.๓.๒ สนับสนุนงานบริการปรึกษา จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอัตราไม่เกิน ๗ บาทต่อครั้ง (บริการปรึกษาเป็นกลุ่มคิดเป็น ๑ ครั้ง)

๕๖.๓.๓ สนับสนุนงานดูแลและบันทึกข้อมูลการรักษา จ่ายให้หน่วยบริการที่จ่ายยาต้านไวรัสในอัตราไม่เกิน ๒๐ บาทต่อครั้งที่มารับบริการที่หน่วยบริการ โดยรวมถึงการบันทึกข้อมูลการรักษา บริการปรึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๕๖.๓.๔ สนับสนุนอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีติดตามการรักษาและเยี่ยมบ้าน โดยจัดสรรเงินสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวม ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

๕๖.๓.๕ สนับสนุนถุงยางอนามัยให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อและผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๒

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๕๗ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประชาชนกลุ่มเฉพาะ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อ ๕๘ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๕๙ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

๕๙.๑ การพัฒนาการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้กลุ่มประชากรที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่สูง ได้เข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

๕๙.๒ การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

๕๙.๓ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมสัมมนา สนับสนุนเข้าร่วมการประชุมสัมมนาด้านเอชไอวีภายในประเทศ การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจหรือผลิตเอกสารต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี

๕๙.๔ การตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการเอชไอวี โดยจัดให้มีการตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการเอชไอวี ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด และสนับสนุนการตรวจรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Laboratory accreditation: LA) ของหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

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

หมวด ๔
รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๖๐ เงินบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๕,๒๔๗.๒๒๔ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการทดแทนไต	๕,๒๒๓.๖๒๔
๒. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๒๓.๖๐๐
รวม	๕,๒๔๗.๒๒๔

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละประเภทบริการให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๒ ดังนี้

ส่วนที่ ๑
บริการทดแทนไต

ข้อ ๖๑ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๖๒ การบริหารจัดการเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๖๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต เป็นไปตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังนี้

๖๓.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

๖๓.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๖๓.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๖๓.๔ การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๖๔ ในระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ถ้าเงินที่กำหนดไว้ในรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามหมวดที่ ๔ ไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนบริการทดแทนไตมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ ให้ สปสช. ใช้เงินคงเหลือตามระบบบัญชีเงินกองทุนรายการ “รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม”มาจ่ายได้ และ/หรือ ให้ของบประมาณเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๒
สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๖๕ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อ ๖๖ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๖๗ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ เช่น การพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สปสช. กำหนด

หมวด ๕
รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๖๘ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๙๐๘.๙๘๗ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน

ข้อ ๖๙ บริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (Global budget ระดับเขต) โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT และคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับ

ทุติภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และให้กำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขต ประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ข้อ ๗๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ดังนี้

๗๐.๑ การจ่ายเป็นไปตามกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย และเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับเขตพื้นที่ได้โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๗๐.๒ กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เหมาจ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้ป่วยและคุณภาพผลงานบริการ

หมวด ๖
ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ
(หน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย)

ข้อ ๗๑ เงินค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๔๖๔.๘๐๔ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัยที่เป็นหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

ข้อ ๗๒ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๗๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้พิจารณารายชื่อหน่วยบริการ และกำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจ่ายให้หน่วยบริการ โดยอาจประยุกต์จ่ายตามตัวแปรของสมการต้นทุนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือข้อมูลงบการเงินของหน่วยบริการ หรือข้อมูลต้นทุนหน่วยบริการ

ข้อ ๗๔ หากงบในหมวดนี้ไม่เพียงพอเมื่อจ่ายตามข้อ ๗๓ แล้ว หน่วยบริการสังกัด (สป.สธ. อาจต้องเกลี่ยงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปมาสนับสนุนหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่กันดาร และพื้นที่เสี่ยงภัย ในภาพรวมระดับประเทศ โดยให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง และวงเงินที่จำเป็นต้องใช้ ตามข้อ ๑๐.๕

หมวด ๗
ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข
(หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

ข้อ ๗๕ เงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๓,๐๐๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่เป็นค่าตอบแทนให้กับบุคลากรของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

ข้อ ๗๖ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

ข้อ ๗๗ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข

๗๗.๑ ให้แบ่งเป็นรายการย่อย ๒ รายการ ได้แก่

๗๗.๑.๑ จำนวน ๒,๐๐๐ ล้านบาท จ่ายเป็นค่าตอบแทนบุคลากรแบบเหมาจ่าย โดยคำนึงถึงจำนวนบุคลากร ระดับศักยภาพหน่วยบริการ และประเภทพื้นที่ของหน่วยบริการ

๗๗.๑.๒ จำนวน ๑,๐๐๐ ล้านบาท จ่ายเป็นค่าตอบแทนบุคลากรตามผลการปฏิบัติงาน

๗๗.๒ ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เป็นผู้กำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์และอัตราจ่ายให้หน่วยบริการ โดยให้มีคณะทำงานจำนวน ๒ คณะตามข้อ ๗๗.๑ เป็นผู้จัดทำข้อเสนอแนวทางการจ่ายให้หน่วยบริการ และเสนอให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง พิจารณาภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ

.....