

ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/๑.พท



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
วันที่ 34/2
วันที่ 28 ธ.ค. 2558
เวลา 13.10

กองคลัง
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
เลขที่ 0819
วันที่ 28 ธ.ค. 2558
เวลา 14.10

กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม ๒ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

- อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๒๗ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓
๒. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๖๒ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔ ยกเลิก
๓. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๔๙ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๔ ยกเลิก
๔. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๑ ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๕
๕. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๒ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๔

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการกำกับการใช้ยา glucocorticoids ของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
๒. ใบรับรองการใช้ยา glucocorticoids

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ กระทรวงการคลังได้พิจารณากำหนดให้กลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (glucocorticoids คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์) เป็นรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนดังนี้

๑. เนื่องจากศาลปกครองกลางได้มีคำพิพากษาให้เพิกถอนหนังสือที่อ้างถึง ๑ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ประกาศผลแห่งคำพิพากษาในราชกิจจานุเบกษา (วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘) ดังนั้น เพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีความชัดเจน ถูกต้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงเห็นควรยกเลิกหนังสือที่อ้างถึง ๒ และ ๓ พร้อมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายากลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) ประกอบด้วย glucocorticoids คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์) ดังนี้

๑.๑ การเบิกจ่ายค่ายา glucocorticoids ให้เป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยาของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๑.๒ การเบิกจ่ายค่ายา คอนดรอยตินซัลเฟต ไดอะเซอเรน และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม ให้ถือปฏิบัติตามหนังสือที่อ้างถึง ๔ ไปพลางก่อน
ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

๒. การเบิกจ่ายค่ายาบรรเทาอาการข้อเสื่อมตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๒ ให้ดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาล

ที่...

ขอแสดงความนับถือ



(นายนิริศ ชัยสูตร)

รองปลัดกระทรวงการคลัง

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายชื้อและหนี้สิน
ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงการคลัง

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

3542 40. 70,

ก่อนการนำเสนองาน ขอขอบคุณ สโมสรกีฬาเยาวชน
และสมาคมกอล์ฟแห่งประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุน

วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓. สำนักงานศิลปวัฒนธรรม
และ กีฬา.

20822

7

9 n. l. 50

сб

one of

ทราบ - มอบตั้งเสนอ

07/11/20

2105A

๓. อมทร. (ขออนุญาตไม่ผ่านรองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

เนื่องจากติดราชการ)

1. Intermittent exotropia

2. 27-5 (11m)

-1 0.9. 2558

แนวทางกำกับการใช้ยาากลุ่มโคซามีนของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

๑. ใช้ยาในกลุ่มนี้เฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากความชราเท่านั้น ไม่รวมภาวะหรือโรคข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บ โรคอื่นๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อและความพิการแต่กำเนิด โดยมีความมุ่งหมายบรรเทาอาการปวดและการลดการใช้ยาต้านการอักเสบทุกชนิดลงให้ได้ระหว่างการใช้อย่างกลุ่มนี้

๒. ผู้ป่วยต้องมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลาง กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด โดยพิจารณาจากการตรวจร่างกายและภาพถ่ายรังสีข้อเข่าตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

๓. ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่ตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน แต่อาการปวดไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบ หรือมีข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีการทำงานของไตหรือตับบกพร่อง

๔. การรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมที่กล่าวถึงในข้อ ๓ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคข้อเสื่อมจากความชรา การลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือพยาธิสภาพมากขึ้น การบริหารร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก และการใช้เครื่องรัดดัดพุงรวมทั้งอาจใช้เครื่องช่วยเดิน

๕. ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ ๕๖ ปีขึ้นไป

๖. การใช้ยาในกลุ่มนี้ต้องไม่ใช้ร่วมกับยาในกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) ชนิดอื่น

๗. ระหว่างการให้ยาในกลุ่มนี้ผู้ป่วยต้องไม่ใช้ยาต้านการอักเสบขนานอย่างต่อเนื่อง อาจใช้ยาต้านการอักเสบหรือยาควบคุมอาการปวดได้เป็นครั้งคราว และให้ยาต้านการอักเสบช่วงละไม่เกิน ๒ สัปดาห์ หากต้องใช้ยาต้านการอักเสบต่อเนื่อง ให้ถือว่ายาโคซามีนไม่ได้ผลในผู้ป่วยนั้น และต้องระงับการให้ยานั้น

๘. ให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ ติดต่อกันได้โดยมีข้อจำกัดคือเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วต้องมีการประเมินอาการภายใน ๓ เดือน หากอาการของผู้ป่วยไม่ทุเลาหรือกลับต้องการยาต้านการอักเสบและ/หรือยาควบคุมอาการปวดดังเดิมโดยตลอด ให้ถือว่ายานั้นไม่ได้ผลต้องระงับการให้ยา หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจให้ยานั้นนั้นต่อได้และหยุดการให้ยานั้นในเดือนที่ ๖ และเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยต่อ เป็นการประเมินประสิทธิผลต่อเนื่องของยา เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน หากผู้ป่วยกลับมีอาการมากขึ้นเหมือนกับก่อนการใช้ยาในกลุ่มนี้ จึงอาจพิจารณากลับใช้ยาในกลุ่มนี้ได้อีกหลังระยะเวลา ๓ เดือนที่หยุดการให้ยาไปแล้ว และต้องประเมินผลการใช้ใหม่เหมือนเมื่อเริ่มต้นใช้ยาในกลุ่มนี้

๙. แพทย์ผู้สามารถสั่งการรักษาให้ยาในกลุ่มนี้ได้ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทยโรคข้อ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือสาขาออร์โธปิดิกส์ เท่านั้น ไม่รวมแพทย์ผู้ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ฝึกหัดที่ทำงานอยู่ในภาควิชา กลุ่มงาน หรือกอง ของสาขาวิชาทั้งสามนี้

๑๐. แพทย์ผู้รักษาต้องบันทึกอาการ อาการแสดง การดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา

๑๑. การสั่งการให้ยาแต่ละครั้งต้องไม่เกินช่วงละ ๖ สัปดาห์



ใบรับรองการใช้ยากลูโคซามีน
(โปรดระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน)

ข้าพเจ้า เลขที่เวชกรรม

แพทย์เฉพาะทางสาขา ☐ อายุรแพทย์โรคข้อ ☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ☐ ออร์โธปิดิกส์

ชื่อสถานพยาบาล

ขอรับรองว่า

๑. (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน ควรได้ใช้ยากลูโคซามีนเนื่องจาก

- ☐ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลาง กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด
- ☐ ผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่แล้วเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย ๓ เดือน แต่ไม่ได้ผล
- ☐ ผู้ป่วยมีข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบ

๒. ข้าพเจ้าได้ทำการประเมินอาการผู้ป่วยและสั่งใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยากลูโคซามีนของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๘๓ ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๘)

รายละเอียดการสั่งจ่ายยา

๑. สั่งจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นระยะเวลา (ระบุหน่วยนับ เช่น สัปดาห์)

โดยเริ่มตั้งแต่วันที่

๒. รายละเอียดยาที่สั่งจ่าย

๒.๑ รูปแบบ (เช่น เม็ด แคปซูล ผง)

๒.๒ ความแรงหรือขนาดบรรจุ (ระบุหน่วยนับ เช่น มิลลิกรัม)

๒.๓ จำนวน (ระบุหน่วยนับ เช่น เม็ด ของ)

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.