

# ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว.๑๒๗



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง การเบิกจ่ายยากูโคซามีนซัลเฟต

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ/สถานพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด

อ้างอิง หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๒๗ ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการกำกับการใช้ยากูโคซามีนซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย  
๒. หนังสือรับรองการใช้ยากูโคซามีนซัลเฟต

ตามที่กระทรวงการคลังได้กำหนดให้กลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และอนุพันธ์) เป็นรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามหนังสือที่อ้างถึง ปรากฏว่า ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยและสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ได้ขอให้ กระทรวงการคลังพิจารณาทบทวน เนื่องจากมีผู้ป่วยบางกลุ่มจำเป็นต้องใช้ยากุ่มดังกล่าว

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนดังนี้

๑. คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อพิจารณาหาข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของกลุ่มยาบรรเทา อาการข้อเสื่อม ซึ่งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ ได้พิจารณาแล้วมีข้อสรุป ดังนี้

๑.๑ ยากูโคซามีนซัลเฟต มีใช้ยาที่ใช้ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม แต่เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทา อาการปวด ซึ่งอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมบางกลุ่ม โดยต้องมีการกำหนดเงื่อนไขการใช้ และวิธีการ บริหารจัดการ รวมทั้งระบบการควบคุมกำกับให้การใช้จ่ายเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้และตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้จ่าย โดยให้กรมบัญชีกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันศึกษาความคุ้มค่า ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และวางแนวทางการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับกับการใช้จ่าย ที่สามารถปฏิบัติ ได้จริง เพื่อให้เป็นมาตรฐานที่ทุกฝ่ายยอมรับ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการใช้งบประมาณของแผ่นดิน โดยให้ ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ เดือน และนำข้อสรุปเสนอให้คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการพิจารณา

๑.๒ คณะอนุกรรมการบางท่าน เห็นว่า ในระหว่างรอผลการศึกษาตามข้อ ๑.๑ กระทรวงการคลังควรทบทวนคำสั่งห้ามเบิกจ่ายยากูโคซามีนซัลเฟต โดยการผ่อนคลายเป็นให้เบิกจ่ายได้ตาม เงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยกำหนด เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของ ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ต้องใช้ยากุ่มดังกล่าว

/๒...



๒. กระทรวงการคลังเห็นสมควรผ่อนคลายให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายค่ายากลูโคซามีน ซัลเฟตในระหว่างที่รอผลการศึกษาตามข้อ ๑.๑ โดยถือปฏิบัติ ดังนี้

๒.๑ ค่ายาที่เบิกได้นั้น ต้องเป็นการสั่งใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยากลูโคซามีน ซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยที่ส่งมาด้วย ๑

๒.๒ ห้ามสถานพยาบาลเบิกค่ายาดังกล่าวในระบบเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง และให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าว เพื่อผู้มีสิทธินำไปยื่นขอเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด

๒.๓ ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาที่สามารถสั่งใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาข้างต้นเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการใช้ยากลูโคซามีนซัลเฟตซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ตามแบบที่ส่งมาด้วย ๒ เพื่อให้ผู้มีสิทธินำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายจากส่วนราชการต้นสังกัด

๒.๔ กรณีที่กรมบัญชีกลางตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลมีการสั่งจ่ายยาไม่เป็นไปตามแนวทางข้างต้น จะดำเนินการเรียกคืนเงินค่ายาดังกล่าวจากสถานพยาบาล

๓. การเบิกจ่ายค่ายา ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด และให้ส่วนราชการผู้เบิกจัดทำรายงานการเบิกจ่ายเงินค่ายากลูโคซามีนซัลเฟตประจำเดือนส่งให้กรมบัญชีกลางพร้อมสำเนาใบเสร็จรับเงินและสำเนาหนังสือรับรองการใช้ยา ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุภา ปิยะจิตติ)

รองปลัดกระทรวงการคลัง

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายจ่ายและหนี้สิน

กรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

โทร. ๐-๒๑๒๗-๗๐๐๐ ต่อ ๔๔๔๑



## แนวทางกำกับการใช้ยากลุ่มโคซามิน ซัลเฟต

1. ใช้ยากลุ่มนี้เฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากความชราเท่านั้น ไม่รวมภาวะหรือโรคข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บ โรคอื่นๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อและความพิการแต่กำเนิด โดยมีความมุ่งหมายบรรเทาอาการปวดและการลดการใช้ยาต้านการอักเสบทุกชนิดลงให้ได้ระหว่างการใช้อยากลุ่มนี้
2. ผู้ป่วยต้องมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลาง กระจกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด โดยพิจารณาจากการตรวจร่างกายและภาพถ่ายรังสีข้อเข่าตาม แนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
3. ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่ตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่อาการปวดไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบ หรือมีข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีกรทำงานของไตหรือตับบกพร่อง
4. การรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมที่กล่าวถึงในข้อ 3 ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคข้อเสื่อมจากความชรา การลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือพยาธิสภาพมากขึ้น การบริหารร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก และการใช้เครื่องรัดดัดพุงรวมทั้งอาจใช้เครื่องช่วยเดิน
5. ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป
6. การใช้อยากลุ่มนี้ต้องไม่ใช่ร่วมกับยาในกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) ชนิดอื่น
7. ระหว่างการให้อยากลุ่มนี้ผู้ป่วยต้องไม่ใช้ยาต้านการอักเสบขนานใดอย่างต่อเนื่อง อาจใช้ยาต้านการอักเสบหรือยาควบคุมอาการปวดได้เป็นครั้งคราว และให้ยาต้านการอักเสบช่วงละไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องใช้อยาต้านการอักเสบต่อเนื่อง ให้ถือว่ายากลุ่มโคซามิน ซัลเฟต ไม่ได้ผลในผู้ป่วยนั้น และต้องระงับการให้ยาขนานนั้น
8. ให้ใช้อยากลุ่มนี้ ติดต่อกันได้โดยมีข้อจำกัดคือเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วต้องมีการประเมินอาการภายใน 3 เดือน หากอาการของผู้ป่วยไม่ทุเลาหรือกลับต้องการยาต้านการอักเสบและ/หรือยาควบคุมอาการปวดดังเดิมโดยตลอด ให้ถือว่ายานั้นไม่ได้ผลต้องระงับการให้ยา หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจให้ยาขนานนั้นต่อได้และหยุดการให้นั้นในเดือนที่ 6 และเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยต่อ เป็นการประเมินประสิทธิผลต่อเนื่องของยา เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หากผู้ป่วยกลับมีอาการมากขึ้นเหมือนกับก่อนการใช้อยากลุ่มนี้ จึงอาจพิจารณากลับใช้อยากลุ่มนี้ได้อีกหลังระยะเวลา 3 เดือนที่หยุดการให้ยาไปแล้ว และต้องประเมินผลการใช้ใหม่เหมือนเมื่อเริ่มต้นใช้อยากลุ่มนี้
9. แพทย์ผู้สามารถสั่งการรักษาให้อยากลุ่มนี้ได้ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์โรคข้อ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือสาขาออร์โธปิดิกส์เท่านั้น ไม่รวมแพทย์ผู้ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ฝึกหัดที่ทำงานอยู่ในภาควิชา กลุ่มงานหรือกองของสาขาวิชาทั้งสามนี้
10. แพทย์ผู้รักษาต้องบันทึกอาการ อาการแสดง การดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา
11. การสั่งการให้ยาแต่ละครั้งต้องไม่เกินช่วงละ 6 สัปดาห์

ใบรับรองการใช้ยาากลูโคซามีนซัลเฟต  
โปรดใส่รายละเอียดการรักษาพยาบาลให้ครบทุกข้อ

ข้าพเจ้า ..... เลขที่เวชกรรม.....

แพทย์เฉพาะทางสาขา  อายุรแพทย์โรคข้อ  เวชศาสตร์ฟื้นฟู  ออร์โธปิดิกส์

ชื่อสถานพยาบาล ..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่า (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย)..... อายุ ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน .....

๑. ผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่แต่ไม่ได้ผล แพทย์เห็นควรให้ใช้ยาากลูโคซามีนซัลเฟต

๒. การสั่งใช้ยาเป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยาากลูโคซามีนซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๖๒ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔

๓. การสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วย

๓.๑ ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกนับตั้งแต่วันที่กระทรวงการคลังอนุญาตให้เบิกจ่าย

ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

๓.๒ ผู้ป่วยเคยได้รับยาแล้วมีการประเมินอาการพบว่าดีขึ้น จึงให้ยาต่อ โดยการสั่งจ่ายยานั้น เมื่อรวมกับการสั่งจ่ายยา ครั้งก่อนแล้วไม่เกิน ๖ เดือน โดยมีรายละเอียดการสั่งยา ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๒ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๓ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๔ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

๓.๓ ผู้ป่วยได้หยุดการใช้ยา ไม่น้อยกว่า ๓ เดือน แต่กลับมามีอาการเจ็บปวดเหมือนเดิม แพทย์ประเมินการรักษา แล้วเห็นควรให้ยาครั้งใหม่ โดยมีรายละเอียดการสั่งยา ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๒ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๓ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ครั้งที่ ๔ ปริมาณยาต่อครั้ง (สัปดาห์/เดือน) ..... ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....