

ด่วนที่สุด  
ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว.ช.ม



กระทรวงการคลัง  
ถนนพระราม ๒ กทม. ๑๐๔๐๐

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร  
รับเลขที่..... 3606  
รับที่..... 7/กค./2554  
เวลา..... 15-00

มย มิถุนายน ๒๕๕๔

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
หมวดเศรษฐศาสตร์..... 1-5-11  
ลำดับเลขที่..... 13 ก.ค. 2554  
วันที่..... 16.46  
เวลา.....  
ผู้รับ..... C

เรื่อง การเบิกจ่ายยาเกลือโคซามินซัลเฟต  
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการกำกับการใช้ยาเกลือโคซามินซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์  
แห่งประเทศไทย  
๒. หนังสือรับรองการใช้ยาเกลือโคซามินซัลเฟต

ตามที่กระทรวงการคลังได้กำหนดให้กลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (เกลือโคซามิน คอนทรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนน และอนุพันธ์) เป็นรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามหนังสือที่อ้างถึง ปรากฏว่า ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยและสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ได้ขอให้ กระทรวงการคลังพิจารณาทบทวน เนื่องจากมีผู้ป่วยบางกลุ่มจำเป็นต้องใช้ยากลับดังกล่าว

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนดังนี้

๑. คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อพิจารณาหาข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของกลุ่มยาบรรเทา อาการข้อเสื่อม ซึ่งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ ได้พิจารณาแล้วมีข้อสรุป ดังนี้

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

๑.๒ คณะอนุกรรมการบางท่าน เห็นว่า ในระหว่างรอผลการศึกษาตามข้อ ๑.๑ กระทรวงการคลังควรทบทวนคำสั่งห้ามเบิกจ่ายยาเกลือโคซามินซัลเฟต โดยการผ่อนคลายเป็นไปอย่างได้ตาม เงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยกำหนด เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของ ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ต้องใช้ยาดังกล่าว

/๒...



๒. กระทรวงการคลังเห็นสมควรผ่อนคลายให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายค่ายาากลูโคซามีน ซัลเฟตในระหว่างที่รอผลการศึกษาตามข้อ ๑.๑ โดยถือปฏิบัติ ดังนี้

๒.๑ ค่ายาที่เบิกได้นั้น ต้องเป็นการสั่งจ่ายตามแนวทางกำกับการใช้ยาากลูโคซามีน ซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยที่ส่งมาด้วย ๑

๒.๒ ห้ามสถานพยาบาลเบิกจ่ายดังกล่าวในระบบเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง และให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าว เพื่อผู้มีสิทธินำไปยื่นขอเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด

๒.๓ ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาที่สามารถสั่งจ่ายตามแนวทางกำกับการใช้ยาข้างต้นเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการใช้ยาากลูโคซามีนซัลเฟตซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ตามแบบที่ส่งมาด้วย ๒ เพื่อให้ผู้มีสิทธินำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายจากส่วนราชการต้นสังกัด

๒.๔ กรณีที่กรมบัญชีกลางตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลมีการสั่งจ่ายยาไม่เป็นไปตามแนวทางข้างต้น จะดำเนินการเรียกคืนเงินค่ายาดังกล่าวจากสถานพยาบาล

๓. การเบิกจ่ายค่ายา ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด และให้ส่วนราชการผู้เบิกจัดทำรายงานการเบิกจ่ายเงินค่ายาากลูโคซามีนซัลเฟตประจำเดือนส่งให้กรมบัญชีกลางพร้อมสำเนาใบเสร็จรับเงินและสำเนาหนังสือรับรองการจ่ายยา ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

เรียน อธิการบดี (แผนรองฯ) *๗ ก.ค. ๕๕*

ขอแสดงความนับถือ

1. *กมลวิทย์ ชัยภว* *แฉ้ว สีอ่อน กนกเปลว*  
*หัวหน้ากลุ่มโรคไต*

*[Signature]*

(นางสาวสุภา ปิยะจิตติ)  
รองปลัดกระทรวงการคลัง

2. เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา *[Signature]*  
3. เห็นควรมอบ/แจ้ง *[Signature]*  
*๗ ก.ค. ๕๕*

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายจ่ายและหนี้สิน

*1. ทราบ*  
*2. ประสานกับกรมบัญชีกลาง*  
*Website กรมบัญชีกลาง*

กรมบัญชีกลาง  
สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ  
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ผู้อำนวยการศูนย์บริการข้อมูลการธนาคารสงฆ์ กรมบัญชีกลาง  
โทร. ๐-๒๑๒๗-๗๐๐๐ ต่อ ๔๔๔๑  
- 8 ก.ค. 2554

(ดร.ไพฑูริย์ วิริยะวัฒน์)

เรียน คณบดี

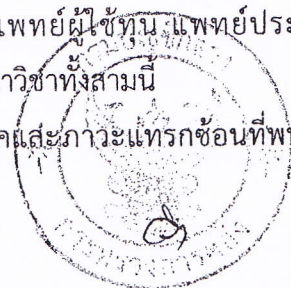
1. *จรรยาพร งามชื่น*  
*หัวหน้ากลุ่มโรคไต*  
*(ดูรายละเอียดตามข้อ ๑.๑)*  
2. เพื่อโปรดทราบ / พิจารณา

๑. ทราบ  
๒. *แฉ้ว สีอ่อน กนกเปลว*  
*เพื่อ ทราบ และ ให้ออกใบเสร็จรับเงิน*

*[Signature]*  
๑๗ ก.ค. ๕๕

## แนวทางกำกับการใช้ยาากลุ่มโคซามิน ซัลเฟต

1. ใช้ยาในกลุ่มนี้เฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากความชราเท่านั้น ไม่รวมภาวะหรือโรคข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บ โรคอื่นๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อและความพิการแต่กำเนิด โดยมีความมุ่งหมายบรรเทาอาการปวดและการลดการใช้ยาต้านการอักเสบทุกชนิดลงให้ได้ระหว่างการใช้อายากลุ่มนี้
2. ผู้ป่วยต้องมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลาง กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด โดยพิจารณาจากการตรวจร่างกายและภาพถ่ายรังสีข้อเข่าตาม แนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
3. ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่ตามแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่อาการปวดไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบ หรือมีข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีการทำงานของไตหรือตับบกพร่อง
4. การรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมที่กล่าวถึงในข้อ 3 ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคข้อเสื่อมจากความชรา การลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือพยาธิสภาพมากขึ้น การบริหารร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก และการใช้เครื่องรัดดัดพยุงรวมทั้งอาจใช้เครื่องช่วยเดิน
5. ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป
6. การใช้อายากลุ่มนี้ต้องไม่ใช่ร่วมกับยาในกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) ชนิดอื่น
7. ระหว่างการให้อายากลุ่มนี้ผู้ป่วยต้องไม่ใช่ยาต้านการอักเสบขนาดโตอย่างต่อเนื่อง อาจใช้ยาต้านการอักเสบหรือยาควบคุมอาการปวดได้เป็นครั้งคราว และให้ยาต้านการอักเสบช่วงละไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องใช้อายากลุ่มนี้ต่อเนื่อง ให้ถือว่ายาโคซามิน ซัลเฟต ไม่ได้ผลในผู้ป่วยนั้น และต้องระงับการให้ยาขนาดนั้น
8. ให้ใช้อายากลุ่มนี้ ติดต่อกันได้โดยมีข้อจำกัดคือเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วต้องมีการประเมินอาการภายใน 3 เดือน หากอาการของผู้ป่วยไม่ทุเลาหรือกลับต้องการยาต้านการอักเสบและ/หรือยาควบคุมอาการปวดดังเดิมโดยตลอด ให้ถือว่ายานั้นไม่ได้ผลต้องระงับการให้ยา หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจให้ยาขนาดนั้นต่อได้และหยุดการให้ยานั้นในเดือนที่ 6 และเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยต่อ เป็นการประเมินประสิทธิผลต่อเนื่องของยา เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หากผู้ป่วยกลับมีอาการมากขึ้นเหมือนกับก่อนการใช้อายากลุ่มนี้ จึงอาจพิจารณากลับใช้อายากลุ่มนี้ได้อีกหลังระยะเวลา 3 เดือนที่หยุดการให้ยาไปแล้ว และต้องประเมินผลการใช้ใหม่เหมือนเมื่อเริ่มต้นใช้อายากลุ่มนี้
9. แพทย์ผู้สามารถสั่งการรักษาให้อายากลุ่มนี้ได้ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์โรคข้อ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือสาขาออร์โธปิดิกส์เท่านั้น ไม่รวมแพทย์ผู้ชำนาญ แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ฝึกหัดที่ทำงานอยู่ในภาควิชา กลุ่มงานหรือกองของสาขาวิชาทั้งสามนี้
10. แพทย์ผู้รักษาต้องบันทึกอาการ อาการแสดง การดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา
11. การสั่งการให้ยาแต่ละครั้งต้องไม่เกินช่วงละ 6 สัปดาห์



ใบรับรองการใช้ยาสมุนไพรโคซามินซัลเฟต  
โปรดใส่รายละเอียดการรักษาพยาบาลให้ครบทุกข้อ

ข้าพเจ้า ..... เลขที่เวชกรรม.....

แพทย์เฉพาะทางสาขา  อายุรแพทย์โรคข้อ  เวชศาสตร์ฟื้นฟู  ออร์โธปิดิกส์

ชื่อสถานพยาบาล ..... จังหวัด.....

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

เลขประจำตัวประชาชน.....

๑. ผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาอย่างอนุรักษ์นิยมอย่างเต็มที่แต่ไม่ได้ผล แพทย์เห็นควรให้ใช้ยาสมุนไพรโคซามินซัลเฟต

๒. การสั่งใช้ยาเป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยาสมุนไพรโคซามินซัลเฟตของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย  
ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ ว ๒๒ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔

๓. การส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วย

๓.๑ ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกนับตั้งแต่วันที่กระทรวงการคลังอนุญาตให้เบิกจ่าย

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

๓.๒ ผู้ป่วยเคยได้รับยาแล้วมีการประเมินอาการพบว่าดีขึ้น จึงให้ยาต่อ โดยการส่งจ่ายยานั้น เมื่อรวมกับการส่งจ่ายยา  
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. ....