

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๕ ข้อ ๒๐.๖ ข้อ ๒๐.๗ ข้อ ๒๐.๘ และข้อ ๒๐.๑๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๔ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๔.๑ บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๒ บริการผู้ป่วยในกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๔.๓ บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ้วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้ว ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๔ บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๕ บริการกรณีเด็กแรกเกิด ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๖ บริการนวัตกรรมยานโยธี ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้การให้บริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไปที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการและให้รวมถึง

๑.๑.๑ ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ

๑.๑.๒ ทหารผ่านศึกที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่สำนักงานตรวจสอบได้ ตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๑.๓ คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และคนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขตจ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงาน อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งนี้ หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

๒.๒ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต จ่ายที่อัตราคงที่ ๘,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

หมวด ๒  
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูล และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓  
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs with Global Budget

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในรูปแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าในการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ่วออกจาก  
ระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิว

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งละไม่เกิน ๖,๕๐๐ บาท จ่ายไม่เกินข้างละ ๔ ครั้งต่อคนต่อปี  
สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

๒.๒ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๑๖,๐๐๐ บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี  
โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน โดยหน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับ  
ค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมี  
หลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูล  
และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูล  
ของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ  
เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย  
ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

๕.๑ เวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิว รวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิว

๕.๒ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๓ หลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา หรือหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จ ในกรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิว รวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิว

๖.๒ พบเวชระเบียนที่บันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จำนวนครั้งต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

๖.๓ กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชน เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ต้องพบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา ในกรณีที่กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จจะต้องพบเอกสารหลักฐานการให้บริการและบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว มากกว่า ๓ ครั้ง และพบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๗.๓ กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย

๗.๓.๑ ไม่พบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา

๗.๓.๒ ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว มากกว่า ๓ ครั้ง และไม่พบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ในกรณีที่กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จ

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)  
ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือ  
ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นสถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการ  
อื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์และมีการทำสัญญา  
ให้บริการร่วมกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ จ่ายค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)  
โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต  
ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน

๒.๒ การจ่ายเพิ่มในกรณีบริการใช้ยารักษาโรคมะเร็งหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค  
ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และยารักษาโรคมะเร็งในการบำบัดรักษาโรค

๒.๓ การขอรับค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยไปและกลับยังหน่วยบริการสำรองเตียงและ  
หน่วยบริการประจำ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอก  
เครือข่ายกรณีจำเป็น

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูล  
และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูล  
ของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด



หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประเมินผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถ แก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับ ค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบ ความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบบันทึกหลักฐาน การให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการ ผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการ ทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการ พิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและ หัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการ ลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยผู้ที่มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าในการสรุปเวชระเบียนในระบบ อิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบ การวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเด็กแรกเกิดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์  
ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ณ วันที่เข้ารับ  
บริการ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่ น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม  
จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒.๒ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยที่ได้รับ  
หัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว  
(AdjRW)

๒.๓ กรณีเด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจากข้อ ๒.๑ และข้อ ๒.๒ จ่ายในอัตรา ๘,๓๕๐ บาท  
ต่อ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

๒.๔ กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่า  
น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูล  
และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูล  
ของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ  
เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังนี้

๕.๑ หลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๕.๒ เอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดในปอดสูง รวมทั้ง หลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่ม DRGs With Global Budget

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดในปอดสูง รวมทั้งพบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าในการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

๗.๕ กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง แต่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดในปอดสูง รวมทั้งไม่พบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย

เอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการกรณีนวัตกรรมยานโยธี

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการนวัตกรรมยานโยธีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track)

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในยานนวัตกรรมการแพทย์โยธี โดยแบ่งเป็น

๑.๒.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น

๑.๒.๒ หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด (Fee schedule) ดังนี้

๒.๑.๑ กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๙,๘๑๕ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๒ กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๑๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๓ กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔,๘๔๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๔ การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI โดยการทำให้ยา Thrombectomy, Primary PCI จ่ายด้วย DRGs ของกลุ่ม Endovascular procedure กลุ่ม PTCA with stent ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ของ DRGs กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัดและหัตถการ

๒.๑.๕ การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI ด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs จ่ายด้วย DRGs ของกลุ่ม cerebrovascular disorders, Thrombolytics injection ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ของ DRGs กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัด หรือหัตถการ

๒.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายในอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งกรณีรักษาในเขต และข้ามเขต

ทั้งนี้ กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Post-operative complication) ที่ต้องส่งมารักษายังหน่วยบริการที่ผ่าตัด ถือเป็นกรณีส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ จ่ายเป็น admission ใหม่ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) อัตราจ่ายให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

#### หมวด ๒

#### วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูล และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

#### หมวด ๓

#### เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังนี้

๕.๑ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

๕.๑.๑ เอกสารการหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๑.๒ เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) ในกรณีที่ทำ appendectomy หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ในกรณีที่ทำ primary PCI/thrombectomy ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๑.๓ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน ในกรณีที่ย้ายค่าใช้จ่ายด้วย DRGs ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๕.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือการดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

๖.๑.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๖.๑.๒ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) ในกรณีที่ทำ appendectomy หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ในกรณีที่ทำ primary PCI/thrombectomy ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๖.๑.๓ พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งแพทย์ และการบริหารยา thrombolytic drugs ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs

๖.๑.๔ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และการดูแลรักษา ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรก

๖.๑.๕ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน ในกรณีที่ย้ายค่าใช้จ่ายด้วย DRGs ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๖.๑.๖ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ ในกรณีที่ย้ายค่าใช้จ่ายด้วย DRGs ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๖.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง

๖.๒.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่ย้ายตามระบบกลุ่ม DRGs

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ บันทึกการทำหัตถการ (operative note) ในการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ การให้ยา thrombolytic drugs การดูแลหลังการผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๗.๓ ไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่ม DRGs

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าในการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่ม DRGs

๗.๕ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ



เอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

รหัสสิทธิย่อย

รหัส	รายการ
๖๖	ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน
๖๗	ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน
๗๔	คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึก และคนพิการ
๗๕	ทหารผ่านศึกชั้น ๑ - ๓ ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน
๘๐	บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น ๑ - ๓ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ
๙๗	บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ ๓ เหล่าทัพ
๙๘	บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ ๑