



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๒.๑ ข้อ ๓๒.๒ ข้อ ๓๒.๓ ข้อ ๓๒.๔ ข้อ ๓๒.๕ ข้อ ๓๒.๖ และข้อ ๓๒.๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการ และบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้ หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องมีหลักเกณฑ์การประเมิน เพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

“ทหารผ่านศึก” หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ ที่สำนักงานตรวจสอบได้ ดังนี้

- (๑) รหัส ๖๖ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน
- (๒) รหัส ๖๗ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน)
- (๓) รหัส ๗๕ ทหารผ่านศึกชั้น ๑-๓ ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน
- (๔) รหัส ๘๐ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น ๑ ถึง ๓ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ
- (๕) รหัส ๘๗ บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ ๓ เหล่าทัพ
- (๖) รหัส ๘๘ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ ๑

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

“เหตุสมควร” หมายความว่า การเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะ เพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น มีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๕ การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

สำหรับบริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามข้อบังคับ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร
กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเลขรับรอง: ca1506ea4410f8cb38be671c243efdf7
เวลาดำเนินการ: 2023-03-31 14:08
ลงนามโดย: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: 8270-fde2-d473



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ และให้รวมถึง

๑.๑.๑ ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

๑.๑.๒ ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน ๑๕ วัน

นับจากวันที่รับบริการ

๑.๑.๓ ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย

๑.๑.๔ ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม

๑.๑.๕ ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และได้แก้ไขเพิ่มเติม

๑.๑.๖ ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ

๑.๑.๗ ทหารผ่านศึกที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีการลงทะเบียนตามรหัสสิทธิย่อยที่สำนักงานตรวจสอบได้

๑.๑.๘ คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และคนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ทั้งนี้ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ และระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๖.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบ (ข้อมูล V: Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๒.๑ เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบเพิ่มเติม ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการทั้งที่เกิดภายในและนอกหน่วยบริการ และเอกสารหลักฐานการเงิน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒.๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

(๑) ผู้รับบริการ เป็นไปตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการ ดังนี้

(๒.๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒.๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ เนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลความจำเป็น

(๒.๓) กรณีหน่วยบริการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมถึง

๑.๑.๑ ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกจากหน่วยบริการประจำ ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด หรือการส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อ แห่งอื่นข้ามจังหวัด

๑.๑.๒ ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัด ไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) ในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้ รายชื่อหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

๒.๒ กรณีวงเงินค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ สำนักงานทำหน้าที่ ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ จากงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษา

๒.๓ กรณีวงเงินค่าใช้จ่ายเกิน ๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่าย จากกองทุนกลาง (Central Reimbursement) รายการบริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ (OP Refer)

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูล ดังนี้

๓.๑ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูล ตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่น ตามที่สำนักงานกำหนด

๓.๒ หน่วยบริการประจำตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ ในระบบโปรแกรม บันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึก และส่งข้อมูลผ่าน (A: accept) แล้วหรือภายใน ๑๔ วัน หลังวันตัดยอดข้อมูลแต่ละเดือนหากเกินกำหนด ระยะเวลาดังกล่าวระบบจะทำการอนุมัติข้อมูลให้เป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกสาย

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐาน การให้บริการ หน่วยบริการรับส่งต่อต้องมีการจัดทำเอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหลักฐาน การให้บริการสาธารณสุข รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน เก็บไว้ที่หน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบหรือร้องขอเอกสาร เพิ่มเติม

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๖.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๖.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ หลักฐานการให้บริการ

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้ต่อไปนี้

๒.๑ การบริการประเภทผู้ป่วยนอก นอกหน่วยบริการประจำภายในจังหวัด จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ทั้งนี้ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ

๒.๒ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ และระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการดังนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๖.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ข้อมูล V: Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๒.๑ เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบเพิ่มเติม ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการทั้งที่เกิดภายในและนอกหน่วยบริการ และเอกสารหลักฐานการเงิน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๖.๒.๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ เนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ ซึ่งหน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลความจำเป็น

(๓) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ และหน่วยบริการไม่ขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว หรือเมื่อสำนักงานพิจารณาข้อเสนอขอทบทวนแล้วยังตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการรับทราบ และจะพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีคำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ใช้การส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ ด้วยพาหนะที่ได้รับการออกแบบ สร้าง หรือดัดแปลงประกอบ พร้อมด้วยยา เวชภัณฑ์ และบุคลากร ทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง ในกรณีดังนี้

๑.๑.๑ ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

๑.๑.๒ ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ใช้พาหนะในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ

๑.๑.๓ ผู้รับบริการได้รับส่งต่อหรือรับกลับด้วยพาหนะเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน

๑.๑.๔ ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ

๑.๑.๕ ผู้รับบริการใช้พาหนะอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้าย ประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานใบอนุญาตการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียนที่ระบุประเภทของพาหนะและระบุสถานที่รับส่งต่อตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ
ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ และให้รวมถึง

๑.๑.๑ ผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

๑.๑.๒ ผู้ที่รับบริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน
ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม

๑.๑.๓ ผู้ที่รับบริการคลอดสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือนที่มีหลักฐาน
รับรองจากสำนักงานประกันสังคม

๑.๑.๔ ผู้รับบริการกรณีผู้รับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับ
บริการภายในวันถัดไป

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ
ทั้งนี้ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกิน
กว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ

๒.๒ ผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)
ด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามผลที่ประมวลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ

ข้อ ๗ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๗.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๗.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรค และหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global Budget)

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

๘.๔ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบ การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน ในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

รายชื่อหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด และรายชื่อหน่วยบริการที่สามารถส่งต่อไปหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)	หน่วยบริการส่งต่อ (UHOSNET)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น (10670)	โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (13777)
	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) (12275)	
	โรงพยาบาลชุมแพ (10998)	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลปทุมธานี (10687)	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (13778)
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (10682)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779)
	โรงพยาบาลสงขลา (10745)	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์ (10713)	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (13780)
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก (10698)	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช (10676)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (14972)

การหักหนี้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย

(๑) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการโดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินกัน Virtual account หากเงินกัน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สำนักงานจะหักชำระบัญชีของหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยจะหักจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap)

(๒) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สำนักงานจะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการในส่วนที่ไม่เกินเพดานที่กำหนด (๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ) ของหน่วยบริการประจำ โดย สำนักงานจะหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) ของหน่วยบริการ หากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สำนักงานจะหักชำระบัญชีจากรายรับ รายการอื่น ๆ ของหน่วยบริการต่อไป

เอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย
กรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

(๑) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป-กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกิน
ที่เรียกเก็บ ดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	อัตราการจ่าย (บาท)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 กิโลเมตร	จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท
มากกว่า 50 กิโลเมตร	จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท

(๒) กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์

จ่ายชดเชยตามระยะทางชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ) อัตราดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ	อัตราการจ่าย (บาท)	รหัสการบันทึก
5-15	เรือหางยาวเร็ว	1,200	S1803A
	เรือเร็ว	2,000	S1803B
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	5,000	S1803C
16-50	เรือหางยาวเร็ว	3,000	S1803D
	เรือเร็ว	5,000	S1803E
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	35,000	S1803F
51-100	เรือหางยาวเร็ว	4,000	S1803G
	เรือเร็ว	10,000	S1803H
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	35,000	S1803I
101 เป็นต้นไป	เรือเร็ว	35,000	S1803J
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	35,000	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

(๓) กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบินดังนี้

ชนิดเครื่องยนต์	อัตราการจ่าย (บาท) / ชั่วโมงบิน
เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์	40,000
เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์	80,000
เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์	120,000
เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์	160,000