ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับคณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนจากหน่วยบริการทุกภาคส่วน และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ปรับปรุงคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการ สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระบบบริการสุขภาพมีเกณฑ์การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๑ แห่งระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ใช้แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ เป็นแนวทาง วิธีปฏิบัติและระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายและภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามรายการบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

นอกจากการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามวรรคหนึ่งแล้ว ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้ดำเนินการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป หรือประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกี่ยวกับการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วย

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ







แนวทาง
การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ร่วม 3 กองทุน ปี 2569

กรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2569

กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2569

ISBN

สนับสนุนการพิมพ์เผยแพร่ โดย ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครฯ 10210

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 6,000 เล่ม

กองบรรณาธิการ คณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน

จัดทำโดย ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ออกแบบปกและรูปเล่ม
พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140
โทรศัพท์: +66 (0) 2903-8257-9
โทรสาร: +66 (0) 2921-4587

คำนำ

ตามที่ คณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนจากหน่วยบริการทุกภาคส่วน และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับมอบหมายให้ปรับปรุงคู่มือแนวทาง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2569 รวมทั้งเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการสถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระบบบริการของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ เพื่อให้มีเกณฑ์การตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกัน เป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน นำมาใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการตรวจสอบและการทบทวนผลการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยบริการกับผู้ตรวจสอบอย่างถูกต้องเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับร่วมกัน

การจัดทำแนวทางฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการดูแลผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ควบคู่ไปกับการบริหารจัดการงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการ แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม ทั้งนี้คณะทำงานฯ ได้นำร่างแนวทางดังกล่าวเผยแพร่เพื่อรับฟังความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระหว่างวันที่ 12 – 26 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สมบูรณ์และเป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วน

ขอขอบคุณคณะทำงาน ผู้แทนหน่วยงานทุกภาคส่วน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้สละเวลาและให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ยิ่งในการปรับปรุงแนวทางฉบับนี้ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะได้ใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขต่อไป

ประธานคณะทำงาน
กุมภาพันธ์ 2569

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
สารบัญ	4
แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน	7
หลักการและเหตุผล	10
กำหนดนิยาม	11
วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน	12
ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน	13
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ	16
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบรวมศูนย์ หรือตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์	17
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน	19
หลักการตรวจสอบ กรณีผู้ป่วยในตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups ; DRGs)	25
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน	29
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก	39
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก	45
แนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ	51
ภาคผนวก	65
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน	67
เอกสารที่เกี่ยวข้อง กรมบัญชีกลาง	69
• กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	71
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูงสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิอื่นๆ ที่ใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ	79

- แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 83
- การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (ใช้เมื่อสถานพยาบาลถูกชะลอจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) เนื่องจากพบข้อผิดพลาดในการสรุปโรค สรุปหัตถการและส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง 87

เอกสารที่เกี่ยวข้อง สำนักงานประกันสังคม 93

- ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. 2561 95
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 101
- สัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประจำปี 2569 108
- แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 121
- กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาและทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง AdjRW≥2 123

เอกสารที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 125

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 126
- ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 132
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567 136
- กฎระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 141
- คณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน 144
- รายชื่อผู้ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2569 146

แนวทางการตรวจสอบ
เอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

ระบบตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการประชาชนผู้รับบริการ และกองทุนต่าง ๆ ในการชดเชยค่าบริการต่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน ทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนาระบบการจัดบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อลดภาระของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการบริหารจัดการเวชระเบียนเพื่อรองรับการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข/ค่าบริการทางการแพทย์ กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย 3 กองทุน ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการกองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสวัสดิการหรือสิทธิการรับบริการสาธารณสุขอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการกำกับให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและหรือค่าบริการสาธารณสุขได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีหลักการดำเนินงาน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารหลักฐานของการจัดบริการที่เกิดขึ้นจริงให้ได้รับการชดเชยที่เหมาะสม รายละเอียดดังต่อไปนี้

1 กรณีไม่พบการจัดบริการและไม่พบเอกสารหลักฐานที่สามารถยืนยันการจัดบริการได้ จะถือว่าไม่มีการให้บริการจริง หากหน่วยบริการมีการจัดทำหลักฐานเท็จ จะต้องมีการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น เรียกคืนการจ่ายชดเชย การเปรียบเทียบปรับ การยกเลิกสัญญา การดำเนินการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2 กรณีที่หน่วยบริการยืนยันว่ามีบริการเกิดขึ้นจริง เมื่อผู้ตรวจสอบตรวจไม่พบหลักฐานที่สนับสนุนบริการนั้น <u>เนื่องจากเวชระเบียนไม่มีหลักฐานดังกล่าว</u> ให้เป็นหน้าที่ของหน่วยบริการพิสูจน์ว่ามีบริการเกิดขึ้นจริง โดยต้องมีหลักฐานอ้างอิงที่สามารถยืนยันข้อมูลนั้นได้

3 กรณีที่หน่วยบริการยืนยันว่ามีบริการเกิดขึ้นจริง เมื่อผู้ตรวจสอบตรวจหลักฐานแล้วพบว่าเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ให้เป็นหน้าที่ของหน่วยบริการพิสูจน์ว่าบริการนั้นเกิดขึ้นจริง โดยนำหลักฐานอื่น ๆ ที่มีอยู่ในเวชระเบียนมาประกอบการพิจารณาได้ เช่น Film x-ray ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน กำหนดนิยาม ดังนี้

กองทุน หมายถึง ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง (บก.) กองทุนประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งสวัสดิการหรือสิทธิการรับบริการสาธารณสุขอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการกำกับให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและหรือค่าบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน สภากาชาดไทย สถานพยาบาลหรือสถานบริการภายใต้การประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ตามที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ค่าบริการสาธารณสุข หรือค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ และกรมบัญชีกลางจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ตามที่กองทุนและกรมบัญชีกลางกำหนด

เอกสารหลักฐาน หมายถึง เอกสาร หลักฐาน เวชระเบียน วัตถุ หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ให้รวมถึงข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่อยู่ในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลและเอกสารหลักฐานทางการแพทย์ที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และมีจำนวนชั่วโมงในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไปที่มีสถานะการจำหน่ายด้วยสถานะตาย หรือส่งต่อ หรือปฏิเสธการรักษา หรือหนีกลับ โดยการพิจารณาเป็นผู้ป่วยในต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. พบคำสั่ง admit จากแพทย์ หรือพบหลักฐานว่ามีเจตนา admit เป็นผู้ป่วยใน
2. พบเหตุผลทางการแพทย์ หรือมีความจำเป็นต้องตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด หรือมีการทำหัตถการที่ซับซ้อน

กรณีที่ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnosis procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น

2. กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยไปทำหัตถการหรือการผ่าตัดที่หน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น

3. กรณีนัดมาทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อนใช้เวลาไม่นาน และไม่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าติดตามหลังทำหัตถการนาน เช่น การทำเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองระดับตื้นในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น

4. กรณีรับไว้เพื่อการรักษาบางรายการ เช่น การรับยาต่อเนื่องที่ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด บริการนวดแผนไทย เป็นต้น

5. กรณีอื่น ๆ ที่กองทุนมีประกาศไว้

ทั้งนี้ในกรณีข้อ 1-5 ที่มีเหตุผลทางการแพทย์หรือเหตุผลความจำเป็นอื่นที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้แพทย์ผู้รักษาบันทึกเหตุผลดังกล่าวในเวชระเบียน

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหรือบริการสาธารณสุขในแผนกต่าง ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ โดยไม่เป็นตามนิยามผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

1. เพื่อตรวจสอบว่ามีการให้บริการจริง โดยมีข้อมูลหรือหลักฐานที่สอดคล้องกับการให้บริการที่เกิดขึ้น

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ

3. เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการให้มีความถูกต้อง

4. เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกกองทุน

ขั้นตอน
การตรวจสอบ
เวชระเบียน

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน

หลังจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุนจะดำเนินการสุ่มหรือเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต่าง ๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของประกาศหรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบหน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว เมื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการรับทราบและยอมรับผลการตรวจสอบ หรือกรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบ ทั้งนี้กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับการตรวจสอบเวชระเบียนดังนี้

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบ ณ สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ

กองทุนแจ้งรายการเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบแก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ภายใน 3 วันทำการ ก่อนการตรวจสอบ

↓

ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

↓

สรุปแจ้งผลการตรวจสอบเบื้องต้น แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

↓

กองทุนรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ*

↓

กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนดภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล**

หมายเหตุ * การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน ในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ ตามรายละเอียดในภาคผนวก

** การดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตามรายละเอียดในภาคผนวก

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบรวมศูนย์ หรือตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์

กองทุนแจ้งรายการเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบแก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ และกำหนดให้จัดส่งภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่รับแจ้ง

↓

ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน แบบรวมศูนย์ / ระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ของแต่ละกองทุน* เช่น Single Audit / EMRA / EAudit

↓

กองทุนรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน ภายใน 30 วันทำการ*

↓

กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนดภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล**

หมายเหตุ * การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบตามรายละเอียดในภาคผนวก

** การดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตามรายละเอียดในภาคผนวก

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ PDF ของหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient's profile)

2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)

3 บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย

4. บันทึกแรกรับ (Admission note) เพื่อระบุสาเหตุความจำเป็นที่ต้องรับไว้ โดยบันทึกการซักประวัติการตรวจร่างกายของแพทย์ เช่น Reason for admission (chief complaint), History of presenting illness, Past medical history, Current medications, Social and family history, Physical examination, initial investigations, Assessment/ Provisional Diagnosis, Plan เป็นต้น

5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) โดยแพทย์ เพื่อประเมินสถานะปัญหาของผู้ป่วย บันทึกความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วย การวินิจฉัย ความเห็น และแผนการดูแลรักษาของแพทย์ โดยไม่ควรคัดลอกประวัติหรือผลการตรวจซ้ำๆ

6. บันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)

7. บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

9. บันทึกการผ่าตัด (Operative note) (ถ้ามี) กรณีที่มีการทำผ่าตัด โดยอ้างอิงคำจำกัดความของ “การผ่าตัด” และ “หัตถการ” ตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017 และที่มีการปรับปรุงเพิ่มเติมภายหลัง

10. บันทึกการเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ในครั้งนั้น

12. บันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)

13. บันทึกทางการพยาบาล (nurses’ note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

14. บันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)

15. บันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำ การให้เลือด Intake-output sheet และแบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด (ถ้ามี)

16. บันทึก clinical summary (ถ้ามี) เพื่อเป็นข้อมูลสรุปการดำเนินโรคและการรักษาที่สำคัญในการเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น

17. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษา ต้องมีบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

18. กรณีเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

18.1 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทุกชิ้น (ถ้ามี) ที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18.2 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินของการเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้น หรือการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18.3 กรณีขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่สถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเวชระเบียนชำรุดจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย ภัยคุกคามทางไซเบอร์ เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาโดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามรับรองการชี้แจงดังกล่าว

19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต หรือในกรณีสิทธิประกันสังคมที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่อยู่ในสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน

หลักการตรวจสอบ กรณีผู้ป่วยใน ตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups ; DRGs)

หลักการตรวจสอบ กรณีผู้ป่วยในตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups ; DRGs)

1. เอกสารหลักฐานที่จะนำมาเป็นหลักฐานสนับสนุนการจัดบริการที่เกิดขึ้นจริง ต้องมีการรับรองข้อมูลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรอื่นที่ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยลายมือชื่อหรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลัง หรือหากมีการแก้ไขต้องสามารถตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ได้

2. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (ระบบ paperless) ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรอื่นที่ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ และการบันทึกข้อมูลดังกล่าวต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจากเวลาที่บันทึก (time stamp)

3. การตรวจสอบการสรุปโรคในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) ต้องมีหลักฐานสนับสนุนการสรุปโรคดังกล่าว โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์ที่ส่วนหนึ่งส่วนใดในเวชระเบียนนอกเหนือจากบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary)

ในกรณีที่ผู้ตรวจสอบตรวจไม่พบคำวินิจฉัยจากการตรวจสอบในครั้งแรก หน่วยบริการสามารถชี้แจงโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียน ได้แก่ การประเมิน การตรวจติดตาม การรักษา ผลการตรวจทางปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสี ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น ทั้งนี้ต้องมีการรักษาหรือการติดตามสภาวะของโรคนั้นๆ โดยมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงหรือผลการตรวจในเวชระเบียน และมีการลงนามรับรองข้อมูลจากแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4. การสรุปหัตถการในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) ต้องมีหลักฐานสนับสนุนการสรุปหัตถการดังกล่าว โดยพิจารณาจากบันทึกการทำหัตถการที่ระบุข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ และหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

1. บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ครั้งนั้น เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่น เช่น การดำเนินโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary) เป็นหลักฐานสำคัญประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการควรใช้แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลอาจกำหนดรูปแบบของตนเองได้ แต่ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนเช่นเดียวกับบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข

คำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม โรคแทรก การวินิจฉัยอื่น ๆ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและได้รับพิษ การผ่าตัด หัตถการ ให้อ้างอิงตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017 ของกระทรวงสาธารณสุข และที่มีการปรับปรุงเพิ่มเติมภายหลัง

การตรวจสอบเอกสารสรุปการจำหน่าย มีประเด็นการพิจารณา ดังนี้

2.1 หากตรวจไม่พบบันทึกสรุปจำหน่าย หรือพบแบบบันทึกสรุปจำหน่ายแต่ไม่พบการสรุปหรือไม่พบสรุปการวินิจฉัยหลัก หรือบันทึกสรุปจำหน่ายด้วยดินสอทั้งหมด ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนั้นได้ (ปฏิเสธการจ่ายใน admission นั้น)

2.2 กรณีตรวจพบบันทึกสรุปจำหน่ายมากกว่า 1 ใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary) ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะเลือกตรวจเฉพาะใบที่เรียงอยู่ลำดับหน้าสุดของเอกสารเวชระเบียนที่ส่งตรวจ

2.3 บันทึกสรุปจำหน่าย จำเป็นต้องมีการรับรองในช่อง Attending physician หรือ Approved by โดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลังหรือหากมีการแก้ไขต้องมีการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ หากไม่พบการรับรองหรือไม่สามารถระบุตัวผู้รับรองได้ ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนั้นได้ (ปฏิเสธการจ่ายใน admission นั้น)

2.4 การสรุปโรคและหัตถการ ในบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ดังต่อไปนี้ จะไม่ถือว่าเป็นการสรุปการวินิจฉัย หรือหัตถการในรหัสนั้น

2.4.1 สรุปเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 โดยไม่มีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย

2.4.2 สรุปด้วยอักษรย่อที่ไม่สามารถตีความได้ หรือบันทึกด้วยลายมือที่ไม่สามารถอ่านออกว่าเป็นโรคหรือหัตถการใด (ยกเว้นกองทุนกำหนดเป็นอย่างอื่น)

2.4.3 การแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติมชื่อโรค การผ่าตัด หรือหัตถการ ในบันทึกสรุปจำหน่าย โดยที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้แก้ไข กำกับในทุกตำแหน่งที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติม

2.5 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

3. บันทึก clinical summary (ถ้ามี) จะนำมาพิจารณาประกอบการตรวจสอบได้ต้องมีการรับรองโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลัง หรือหากมีการแก้ไขต้องมีการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ทั้งนี้ข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

4. บันทึกแรกรับ (Admission note) ตรวจสอบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note) ต้องมีประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค ปรากฏในเวชระเบียนที่สามารถสืบค้นและระบุสภาวะความเจ็บป่วยในครั้งนั้น สามารถใช้เป็นหลักฐานประกอบในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ทั้งนี้ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note)

5.1 การวินิจฉัยในบันทึกความก้าวหน้าที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงการสรุปจำหน่ายได้ ต้องบันทึกข้อมูลโดยแพทย์ผู้รักษา หรือมีการลงนามรับรองข้อมูลดังกล่าวโดยแพทย์ผู้รักษา

5.2 การตรวจสอบการวินิจฉัยต้องพบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่ อาการ อาการแสดง หรือ ผลการตรวจต่าง ๆ จึงจะนำมาสรุปจำหน่ายได้

5.3 กรณีที่ผู้ตรวจสอบตรวจไม่พบคำวินิจฉัยจากการตรวจสอบในครั้งแรก หน่วยบริการสามารถชี้แจงโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียน ได้แก่ การประเมิน การตรวจติดตาม การรักษา ผลการตรวจทางปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสี ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น ทั้งนี้ต้องมีการรักษา หรือการติดตามสภาวะของโรคนั้น ๆ โดยมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงหรือผลการตรวจในเวชระเบียน และมีการลงนามรับรองข้อมูลจากแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

6. คำสั่งการรักษา (Doctor's order)

6.1 คำสั่งการรักษาของแพทย์ต้องบันทึกข้อมูลโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ หรือโดยพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการรับรองโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลัง หรือหากมีการแก้ไขต้องมีการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6.2 การบันทึกคำสั่งการรักษา แพทย์ต้องระบุการใช้ยารักษาโรคในคำสั่งให้ชัดเจน เช่น ชื่อยา ขนาด วิธีการบริหารยา

6.3 กรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาที่นำมาจากบ้าน ก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Medication reconciliation) หากผู้ป่วยมีการนำยาที่ใช้ที่บ้านมาใช้รักษาต่อในโรงพยาบาล ต้องมีการสั่งการใช้ยาดังกล่าวโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และลงนามรับรองการใช้ยาแต่ละรายการสำหรับการรักษาดังกล่าว สามารถนำมาประกอบเป็นหลักฐานอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ แต่หากระบุเพียง "ยาเดิม" จะไม่นำมาเป็นข้อมูลในการสรุปการจำหน่ายในโรคนั้นๆ ได้

7. บันทึกการทำผ่าตัด และ/หรือ หัตถการ

7.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่บันทึกส่วน description อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (Operative procedure) หากบันทึกเฉพาะวิธีการผ่าตัดแต่ไม่พบการบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการทำหัตถการ อาจพิจารณาใช้หลักฐานอื่น ๆ ที่สนับสนุนว่ามีการทำหัตถการนั้น ๆ ได้ เช่น ผลรังสีวินิจฉัย ผลชิ้นเนื้อ เป็นต้น

ทั้งนี้ บันทึกการผ่าตัด (Operative note) ต้องมีการรับรองโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง หากไม่พบการรับรองของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ

7.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการที่ระบุข้อมูล รายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ และหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ทั้งนี้ต้องมีการรับรองโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคลากรอื่นที่ทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง หากไม่พบการรับรองจะไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการทำหัตถการนั้น ๆ

7.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกขั้นตอนการทำหัตถการที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนด้วยลายมือเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการจะต้องมีการรับรองโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคลากรอื่นที่ทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ หากไม่พบการรับรองจะไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียน ว่าเป็นการทำหัตถการนั้น ๆ

8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) ตรวจสอบหลักฐานการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด estimate blood loss ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

9. บันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) ตรวจสอบการบันทึกอุณหภูมิกาย (Body temperature), ความดันโลหิต (Blood pressure), อัตราชีพจร (Pulse rate) และอัตราหายใจ (Respiratory rate) รวมทั้งจำนวนวันที่รับการรักษาในสถานพยาบาล จำนวนวันลากลับบ้าน น้ำหนักตัว Intake/Output และบันทึกอื่น

10. บันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note) รวมบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การส่งตรวจพิเศษ แผนการจำหน่ายผู้ป่วย และวันเวลาที่จำหน่าย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล และการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยา การให้เคมีบำบัด การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ต้องตรวจสอบ จากใบบันทึกการให้ยา (medication sheet) หลักฐานว่ามีการให้ยา / สารเลือด และพบมีการรับรองโดยพยาบาลลงนามรับรองด้วยลายมือชื่อ หรือผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผู้ใดเป็นผู้ให้การรับรอง

11. การนับจำนวนวันนอนและวันลากลับบ้าน การนับวันและเวลาที่รับผู้ป่วยและจำหน่ายผู้ป่วยให้ตรวจสอบจากบันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary) ยกเว้น ผู้ตรวจสอบตรวจพบบันทึกข้อมูลไม่สอดคล้องกับบันทึกวันและเวลาที่รับผู้ป่วยและจำหน่ายผู้ป่วยในเอกสารดังกล่าว ให้พิจารณาจากหลักฐานในเวชระเบียน ดังนี้

11.1 วันและเวลาที่รับผู้ป่วย ให้นับตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งให้รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น หรือเวลาที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการได้ออกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number) แม้จะยังมิได้เข้าพักในหอผู้ป่วย

11.2 วันและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย ให้ใช้ตามบันทึกใน Nurses' note กรณีที่ไม่พบข้อมูลนี้ใน Nurses' note ให้ใช้ข้อมูลวันและเวลาที่จำหน่ายในแบบบันทึกสรุปจำหน่าย

11.3 จำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านในแต่ละครั้ง นานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)

12. ข้อพิจารณาอื่นๆ ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน

12.1 หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว (underlying disease) เช่น โรคความจำเสื่อม มะเร็ง เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น ซึ่งพบการประเมินที่เป็นปัญหาและจำเป็นต้องได้รับ การดูแลต่อเนื่อง โดยต้องบันทึกการวินิจฉัยใน admission note ส่วนที่เป็น underlying disease, problem list หรือ provision diagnosis , progress note, operative note, clinical summary เป็นต้น สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ หากตรวจพบเพียงประวัติเคยเป็นโรค แต่ไม่พบหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาหรือได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ในครั้งนั้น ถือว่าเป็นเพียงโรคในอดีต (past illness) ไม่ใช่โรคประจำตัว (underlying disease) และนำมาสรุปจำหน่ายเป็นโรคร่วมไม่ได้

12.2 ผลการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่รักษาได้ทำการบันทึกไว้ หรือบันทึกโดยสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการอื่นที่ส่งมารับการรักษาในครั้งนั้น ให้ถือเป็นหลักฐานอ้างอิงในการนำมาสรุปโรคนั้น ๆ ได้ แม้ว่าจะไม่พบคำวินิจฉัยในเวชระเบียน ทั้งนี้ต้องมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลง หรือการประเมิน หรือผลการตรวจในเวชระเบียน โดยแพทย์ผู้รักษา

12.3 การรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาโรคมะเร็ง หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคมะเร็ง แพทย์ต้องบันทึกรายละเอียดว่าเป็นมะเร็งชนิดใด ระยะ และรอยโรคที่ตำแหน่งใด สถานะภาพของโรคในขณะนั้น ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อมูลจากใบส่งตัวที่ระบุภาวะมะเร็ง บันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงาน ผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ ผลตรวจทางรังสี หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์การวินิจฉัยของมะเร็งชนิดนั้น ๆ เป็นต้น

ทั้งนี้การบันทึกเพียง underlying cancer อย่างเดียว หรือไม่พบรอยโรคแล้ว หรือไม่สามารถระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็งในระยะ active จะสรุปโรคได้เฉพาะ history cancer กลุ่ม รหัส Z เท่านั้น

12.4 กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม ทั้งนี้ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

12.5 การวินิจฉัยโรคและหัตถการ รวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมินถือว่าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

12.6 การรับเป็นผู้ป่วยในโดยการแบ่งย่อย (Split admission) ที่ไม่มีเหตุผลความจำเป็นทางการแพทย์หรือไม่ ให้เป็นไปตามที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยมีการตั้งเบิกหลายครั้ง ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่บริการ ที่เกิดจากการแบ่งย่อยครั้งที่ 2 เป็นต้นไปเป็นบริการที่ผิดเงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการให้บริการผู้ป่วยใน

12.7 เอกสารหลักฐาน เวชระเบียน และเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือส่งให้กองทุนตรวจสอบ ณ วันตรวจสอบ ถือว่าเป็นเอกสารหลักฐานที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการตรวจสอบ ยกเว้น

12.7.1 เอกสารที่ออกรายงานหลังวันที่ตรวจสอบ หรือ

12.7.2 กรณีที่การให้บริการยังไม่สามารถสรุปผลการให้บริการและส่งเอกสารหลักฐานนั้นให้กองทุนภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือ

12.7.3 สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมเนื่องจากปัญหาจากกระบวนการจัดส่งเอกสารหลักฐานทำให้ส่งเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนหรือมีบางส่วนที่มีความ ไม่ชัดเจนจากการจัดส่ง โดยเอกสารหลักฐานที่จัดส่งเพิ่มเติมจะต้องไม่มีการแก้ไขและหรือเพิ่มเติมข้อมูลในเอกสารหลักฐานเดิม

ทั้งนี้ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นและส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวให้กองทุนเพื่อพิจารณาข้อทักท้วงในภายหลัง ซึ่งการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามภาคผนวก)

12.8 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของเวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ

12.9 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลของแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคลากรอื่นที่ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ และการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจากเวลาที่บันทึก (Time stamp)

13. กรณีที่กองทุนขอให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดส่งเอกสารหลักฐานโดยที่ไม่ได้ให้จัดส่งเอกสารหลักฐานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ระบบตรวจสอบของแต่ละกองทุน) สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องพิมพ์เอกสารหลักฐานเวชระเบียนและต้องจัดทำหนังสือนำส่งเวชระเบียนโดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามในหนังสือนำส่งนั้น

ข้อตกลงการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน กรณี coding audit

1. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
2. Standard coding guideline edition ตามประกาศของแต่ละปี
3. หนังสือ ICD 10 WHO, TM, ICD 9 CM ตามประกาศของแต่ละปี
4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศของแต่ละปี

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ได้แก่ เอกสารหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (patient's profile) และประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี หรือตามที่กองทุนเรียกตรวจ ทั้งนี้ กรณีบริการที่ถูกเรียกตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เอกสารหลักฐานที่จัดส่งเพื่อการตรวจสอบต้องปรากฏชื่อหรือรหัสของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ visit ที่ขอตรวจสอบ เช่น กรณีแพทย์สั่ง RM ต้องส่งเวชระเบียนวันที่ถูกอ้างถึงมาด้วย

1.2 รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac marker ฯลฯ ตามระยะเวลาที่เรียกตรวจในข้อ 1

1.3 รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา หรือภาพถ่ายรังสี ในกรณีการตรวจพิเศษด้วยคอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, PET Scan , bone density, radionuclide ต้องพบผลการตรวจหรือรายละเอียดตาม official report โดยรังสีแพทย์

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และผลการตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการอื่น

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือ ใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น

1.5.1 กรณีที่มีการเบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่อ้างอิงระเบียบของกรมบัญชีกลาง ต้องระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีในเวชระเบียน และเอกสาร/หลักฐานสนับสนุนเหตุผลการใช้ยานั้น ๆ ทั้งนี้ กรณีที่มีการเบิกด้วยระบบใบเสร็จต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5.2 กรณีการใช้ยาที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใช้ยา จ(2) ต้องมีหนังสืออนุมัติการใช้ยา จ(2)

1.5.4 รายละเอียดยาอื่น ๆ ตามแต่ละกองทุนกำหนด

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานการให้บริการประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การนวดแผนไทย การบริการด้านจิตเวช การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เช่น Hemodialysis work sheet, hemodialysis prescription หรือเอกสารอื่น ๆ ตามที่ ตรต. กำหนด เป็นต้น) และการบริการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการพยาบาล เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurses' note medication record บันทึกการให้เลือด เป็นต้น

1.9 กรณีที่มีการรับเข้านอน รพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในโรงพยาบาล และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.10 กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

1) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะดามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน เช่น ภาพเอกซเรย์หลังการทำหัตถการ และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)

2) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหรือหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG / protocol / standing order กำกับของแต่ละสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่แยกรายหมวดและรหัสรายการหรือใบสั่งยา หรือใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากผู้ป่วย หรือใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อการรักษา (กรณีรับและส่งต่อ) เช่น ใบส่งต่อการรักษา (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่น ๆ เช่น ผลการตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

3.3 กรณีที่มีการส่งต่อ หรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม จะต้องมีหลักฐานการได้รับบริการ หรือการตอบรับจากสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ หรือใบเสร็จรับเงินที่มีชื่อ – นามสกุล และหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number : HN) รวมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี) ได้แก่ ใบส่งต่อการรักษา (refer) หรือหลักฐานการใช้ยานพาหนะ เช่น ใบขออนุญาตหรือใบอนุมัติใช้ยานพาหนะ หรือหลักฐานการให้การรักษาพยาบาล การเฝ้าสังเกตอาการบนยานพาหนะของสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ

5. เอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษาโดยแพทย์ ต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น พบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (น.พ.) แพทย์หญิง (พ.ญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือสามารถตรวจสอบชื่อ-สกุล ได้จากฐานข้อมูลแพทยสภา สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องสามารถชี้แจงได้ว่าบุคคลที่บันทึกนั้นเป็นแพทย์ เป็นต้น

6. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

6.1 กรณีไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง ทั้งนี้ กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อขอทบทวนให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน

6.2 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเวชระเบียนชำรุดจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย ภัยคุกคามทางไซเบอร์ เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาโดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามรับรองการชี้แจงดังกล่าว

6.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต หรือในกรณีสิทธิประกันสังคมที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่อยู่ในสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน

6.4 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของเวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ

6.5 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรอื่นที่ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ และการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจากเวลาที่บันทึก (Time stamp)

6.6 กรณีที่กองทุนขอให้สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการจัดส่งเอกสารหลักฐานโดยที่ไม่ได้ให้จัดส่งเอกสารหลักฐานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ระบบตรวจสอบตามแต่ละกองทุน) สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีการบันทึก หรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องพิมพ์เอกสารหลักฐานเวชระเบียนและต้องจัดทำหนังสือนำส่งเวชระเบียนโดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามในหนังสือนำส่งนั้น

7. กรณีพบการแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติมข้อมูลในเวชระเบียน ผู้แก้ไขต้องลงลายมือชื่อที่สามารถระบุ/สืบค้นผู้แก้ไขได้

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการ สาธารณสุขหรือค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในทุกรายการค่าใช้จ่าย ต้องมีหลักฐานสนับสนุน ดังนี้

1. **บันทึกการวินิจฉัยโรค (diagnosis) หรืออาการ หรือ อาการแสดง** ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การซักประวัติ อาการผู้ป่วย การตรวจร่างกาย บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรคนั้น ๆ

กรณีของโรคเดิม โรคเรื้อรังที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เป็นต้น

2. **บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน** ได้แก่

2.1 บันทึกคำสั่งการให้การรักษาของแพทย์และแพทย์ลงนามกำกับและสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลหรือคำสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการรังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษา หรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับ โดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 กรณีที่มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัย ตาม CPG / protocol ต้องแสดงหลักฐาน CPG / protocol ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้

3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และหรือบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ serial number หรือ sticker เป็นต้น

4. การบันทึกเอกสารหลักฐานในเวชระเบียน กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษาโดยแพทย์ ต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น พบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (น.พ.) แพทย์หญิง (พ.ญ.) หรือ มีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือสามารถตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ได้จากฐานข้อมูลแพทยสภา สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ ต้องสามารถชี้แจงได้ว่าบุคคลที่บันทึกนั้นเป็นแพทย์ เป็นต้น

5. กรณีที่สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการมีการสั่งการรักษา หรือการบันทึกข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการสั่งการรักษา หรือการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม หรือบุคลากรอื่นที่ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ และการสั่งการรักษาหรือการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจากเวลาที่บันทึก (Time stamp)

6. กรณีที่มีผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ โดยผู้ให้บริการท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

7. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

7.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

7.2 ข้อมูลชื่อ - สกุลผู้รับบริการ และหรือ Hospital number (HN) และหรือ visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการ

7.3 ชื่อรายการ ที่มีการขอเบิกตามรายการ รวมถึง จำนวน ราคา เช่น

- ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด)
- รายการการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีการสั่งจ่าย

8. เอกสารหลักฐาน เวชระเบียน และเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือส่งให้กองทุนตรวจสอบ ณ วันที่ตรวจสอบ ถือว่าเป็นเอกสารหลักฐานที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการตรวจสอบ ยกเว้น

8.1 เอกสารที่ออกรายงานหลังวันที่ตรวจสอบ หรือ

8.2 ไม่สามารถสรุปผลการให้บริการและส่งเอกสารหลักฐานนั้นให้กองทุนภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือ

8.3 สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม เนื่องจากปัญหาจากกระบวนการจัดส่งเอกสารหลักฐานทำให้ส่งเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน หรือมีบางส่วนที่มีความไม่ชัดเจนจากการจัดส่ง โดยเอกสารหลักฐานที่จัดส่งเพิ่มเติมจะต้องไม่มีการแก้ไข และหรือเพิ่มเติมข้อมูลในเอกสารหลักฐานเดิม ทั้งนี้ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นและส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวให้กองทุนเพื่อพิจารณาข้อทักท้วงในภายหลัง ซึ่งการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)

9. ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับการรับเป็นผู้ป่วยใน และเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น ให้นำค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มิให้แยกส่งเบิกต่างหาก ซึ่งการพิจารณาให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน

แนวทางการพิจารณา รายละเอียดค่าใช้จ่าย จำแนกตาม หมวดรายการ

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

ค่าเตียงสังเกตอาการ / ambulatory / one day treatment สำหรับผู้ป่วยนอก ที่มาให้ยาเคมีบำบัด หรือหัตถการที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล แต่ต้องสังเกตอาการตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ให้สามารถจ่ายค่าบริการเป็น ค่าห้องสังเกตอาการได้

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบคำสั่งแพทย์ให้สังเกตอาการ และ

2) พบบันทึกรายละเอียดการสังเกตอาการ โดยมีระยะเวลา เริ่มต้น - สิ้นสุด จนถึงแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันเดียวกัน บันทึกในเวชระเบียนหรือแบบบันทึกสังเกตอาการ (ต้องพบบันทึกหลักฐานอื่นที่ต้องรอสังเกตอาการ)

หมายเหตุ

- กรณีที่มีการเบิกค่าเตียงสังเกตอาการไปแล้ว ไม่สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ (รหัส 55020) หรือ ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ (รหัส 55021) ได้อีก
- การเบิกจ่ายค่าสังเกตอาการขึ้นกับหลักเกณฑ์ของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษาการวินิจฉัยที่มีข้อบ่งชี้ เป็นไปตามลักษณะ และข้อบ่งชี้แต่ละรายการอุปกรณ์ ตามประกาศของแต่ละกองทุน (รายละเอียดในภาคผนวกของแต่ละกองทุน)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกการสั่งอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในเวชระเบียน

2) พบหลักฐานการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะดามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน ภาพเอกซเรย์หลังการทำหัตถการ (ถ้ามี) และ sticker (ถ้าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหรือหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้งนั้น ไม่จ่ายค่ายากรณีที่ไม่พบบันทึกแพทย์ และการลงนามแพทย์ผู้รักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ณ วันที่รับบริการ แม้จะมี visit date มีบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย มีหลักฐานใบสั่งยา หรือใบรับยา

2) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้ และจำนวนยาที่สั่งสอดคล้องกับวันนัด ในทุกครั้งที่รับบริการ (visit) กรณียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการใช้ยาที่สอดคล้องกับเอกสารหลักฐาน/ข้อมูลสนับสนุนต่าง ๆ

3) กรณีรายการยาในใบรายการค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์ หรือใบสั่งยา (ทั้งชนิดและจำนวน) ให้พิจารณาจ่ายยาในรายการและจำนวนตามคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่ง และควรระบุเหตุผลกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

4) กรณีแพทย์เขียน RM (Repeat Medication) ต้องระบุวันเดือนปีที่ RM นั้น และต้องสามารถสืบค้นรายละเอียดของการสั่งยา เช่น ชนิด ขนาด วิธีใช้ จำนวน

5) กรณีมารับบริการก่อนวันนัด ซึ่งมีจำนวนยาสะสมเกินจริงที่จะใช้ได้หมดตามรอบวันนัด ให้สะสมได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องจ่ายยาสะสมเกิน 2 สัปดาห์ ให้ระบุเหตุผลอันสมควร เช่น วันนัดตรงกับวันหยุดยาว เดินทางไปต่างจังหวัด/ต่างประเทศ เป็นต้น กรณียาราคาแพงซึ่งกองทุนรับผิดชอบการจ่ายค่ายานั้น การจ่ายยาดังกล่าวให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน กรณีการเบิกจ่ายยา จ(2) ต้องเป็นไปตามแนวทางและข้อบ่งใช้ตามประกาศของคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ

6) การเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามราคายาต่อหน่วย ตามประกาศ / ระเบียบที่เกี่ยวข้องของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยา

ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่จัดอยู่ในรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายหมวดอื่นแล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น หัตถการผ่าตัดได้รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดแล้ว เช่น ใบมีด เข็มฉีดยา สายให้ออกซิเจน สำลี ถุงมือ เป็นต้น

2) พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องวันนัดครั้งต่อไป

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) พบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

3) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่ใช้จริงเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

4) กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ ให้จ่ายตามจำนวนที่จองและเบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

หมายเหตุ

1) ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1) ส่วนที่รับบริการต่อจากสภากาชาดไทย เป็นรายการตรวจ NAT (nucleic acid amplification) ทุก unit แล้ว

1.2) ส่วนที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องรับบริจาคเอง ราคาที่กำหนดต้องเป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ

2) ราคาที่กำหนดนี้รวมถุงบรรจุโลหิตและการเตรียมส่วนประกอบโลหิตและการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อแล้ว

3) ราคาส่วนประกอบโลหิตชนิด leukocyte depleted PRC (LPRC) ได้รวมค่า filtration set แล้ว

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ ในการส่งตรวจ

2) พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน ยกเว้นกรณีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกจำกัดสิทธิการเข้าถึง หรือปกปิดข้อมูล เช่น ผลตรวจ HIV หากหน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีการส่งตรวจจริงถือว่าพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เข็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor และค่าบริหารจัดการ (เช่น ค่าอ่านผลการตรวจของรังสีแพทย์) เป็นต้น ต้องไม่นำไปคิดรวมกับเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจครบถ้วนทุกรายการ หรือกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2) พบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน กรณีการตรวจพิเศษด้วยคอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, PET Scan , bone density, radionuclide ต้องพบผลการตรวจหรือรายละเอียดตาม official report

3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยที่ตรวจ

หมายเหตุ

1) กรณีการตรวจ computerized tomography brain ถ้าไม่ได้ระบุเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้ราคาเป็น non contrast (NC)

2) การตรวจ computerized tomography ตามมาตรฐานเป็นการใช้สารทึบชนิด Ionic contrast media

2.1) ถ้าใช้ nonionic contrast media ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด

2.2) กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา non contrast (NC) แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา with contrast media (CM)

2.3) กรณีทำ CT หลายส่วนในครั้งเดียวกัน สามารถเบิกชดเชยค่า contrast ได้เพียง 1 รายการ

3) การตรวจพิเศษด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ราคาที่กำหนดไว้นี้ไม่รวม Gd – contrast ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามที่กำหนดในรายการ

4) การตรวจ ultrasound (U/S) หากพบคำสั่งแพทย์ไม่ระบุตำแหน่ง พิจารณาให้ตามรายงานผลการตรวจจากแพทย์ผู้ทำหรือรังสีแพทย์

5) ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการ และรายงานผลของ การทำหัตถการนั้น

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ

ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา และรังสีวิทยา เช่น EKG, EMG, EEG, exercise stress test, echocardiography, audiometry เป็นต้น โดยให้รวมค่าการใช้อุปกรณ์ ค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง รวมถึงค่าบริหารจัดการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) พบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน

3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเก็บไว้ และต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ เป็นหลักฐานในเวชระเบียนและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อประกอบการบำบัดรักษา โดยให้รวมค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นต่อการใช้ และมีปริมาณการใช้ที่แน่นอน ร่วมกับอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์นั้น ทั้งนี้การคิดค่าบริการจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการประเภทอื่น และสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราที่ชัดเจน เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ให้รวมค่าออกซิเจน) เครื่อง monitor ต่าง ๆ และค่า set ที่ใช้ในการตรวจรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) เบิกได้ตามหน่วยนับของอุปกรณ์ที่กำหนด เช่น วัน ชั่วโมง ครั้ง เป็นต้น

2) ต้องพบหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์

3) กรณีหน่วยเบิกของอุปกรณ์ที่มีอัตราการจ่ายมากกว่า 1 หน่วยนับ เช่น เป็นวัน หรือตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนด ได้แก่ ค่าออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น พิจารณา ดังนี้

3.1) กรณีที่เบิกเป็นหน่วยตามจำนวนชั่วโมง ต้องพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องโดยจำนวนชั่วโมงตามประกาศแต่ละกองทุนของรายการนั้น ๆ

ตัวอย่าง เช่น 52320 ค่าออกซิเจน น้อยกว่า 8 ชั่วโมง อัตราเบิก 175 บาท

3.2) กรณีที่เบิกเป็นหน่วยวัน ต้องพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องมากกว่าจำนวนชั่วโมงที่มีอัตราจ่ายขั้นต่ำกว่า ของรายการเบิกนั้น ๆ และพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง

ตัวอย่าง เช่น 52321 ค่าออกซิเจน ต่อวัน อัตราเบิก 450 บาท และต้องพบบันทึกระยะเวลาการใช้อุปกรณ์อย่างน้อย 8 ชั่วโมง เนื่องจากมีอัตราการจ่ายค่าออกซิเจนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง (52320)

4) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น ค่าออกซิเจน ได้รวมสายให้ออกซิเจน canular หรือ mask หรือ T-tube และอุปกรณ์ EKG monitor รวม red dot เป็นต้น

หมายเหตุ

1) กรณีมีการวัด O2 sat ที่เป็น routine จะรวมอยู่ในค่าบริการพยาบาล ในหมวด 12 ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมได้

2) การวัด O2 sat ที่เป็นการติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (monitor) ต้องบันทึกการใช้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และต้องพบบันทึกวันที่-เวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดการใช้เครื่อง

3) กรณีการใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ ให้เบิกได้ในผู้ป่วยที่มีการสังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป หรือในกรณีมีความจำเป็น เช่น ในเด็กทารก เป็นต้น

หมวดที่ 11 ค่าหัตถการและวิสัญญี

ค่าทำหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ รวมถึงการผ่าตัด และการทำคลอดด้วย การคิดค่าบริการให้เหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ ประกอบด้วย

1) ค่าอุปกรณ์ ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการนั้น ๆ เช่น ในการผ่าตัดให้รวมค่าเครื่องมือการผ่าตัด ค่าผ้าคลุม ผ้าปูต่าง ๆ ด้วย

2) ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ เช่น antiseptic ยาชา ที่ใช้ในการทำหัตถการ

3) ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น ใบมีด ไหมเย็บแผล ผ้ากอส สำลี วัสดุที่ใช้ในการปิดบาดแผล ถุงมือ เป็นต้น

ค่าวิสัญญี ได้แก่ ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป ค่าบริการวางยาสลบที่ซับซ้อน ค่าบริการวางยาสลบเฉพาะแห่ง ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด

ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1) เครื่องดมยาสลบและวัสดุพื้นฐานที่ใช้ร่วมกับเครื่องดมยาสลบ เช่น bacteria filter ถุง และสายดูดเสมหะ ก๊าซออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ สารดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ เครื่อง monitor

วัด vital signs อัตโนมัติ (NIBP, EKG) รวม red dot เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด ค่าใช้เครื่องช่วยหายใจ airway assisted intubation, airway nasal or oral

2) บุคลากรผู้ให้บริการวิสัญญี ซึ่งประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล

3) ค่าวัสดุพื้นฐานที่ใช้ในการเปิดเส้น เช่น เข็มและชุดให้น้ำเกลือ 3-way, extension tube, syringes

ค่าบริการวางยาสลบที่ซับซ้อน การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1) ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป

2) ค่าใช้เครื่อง monitor ที่ต้องการ function การทำงานมากขึ้น ได้แก่ การ monitor pressure ได้พร้อม กัน 2-3 pressure, monitor EKG พร้อม ๆ กันได้ 2 lead, รวมทั้งการ monitor อุณหภูมิกาย 1-2 ตำแหน่ง

3) บุคลากร เพิ่มวิสัญญีพยาบาลอีก 1 คน

ค่าการวางยาสลบเฉพาะส่วน (Regional Anesthetic) การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1) ค่า anesthetic machine

2) รวมค่า sterile และจัดเตรียมชุดสำหรับการทำ spinal block และ epidural block ค่าเข็ม spinal ค่าอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน และออกซิเจน

ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด (IVA) การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1) ค่า anesthetic machine

2) รวมค่าอุปกรณ์ในการฉีดยา อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน และออกซิเจน

หมายเหตุ

1) ราคาที่กำหนดรวมอุปกรณ์พื้นฐานของบริการวิสัญญีชนิดนั้น ๆ เช่น การวางยาสลบเฉพาะแห่งรวมเข็มใช้ในการแทงยา และรวมถึงค่าบริการห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด

2) หลักเกณฑ์ในการนับเวลา ภายในหนึ่งชั่วโมงแรก ให้คิดเป็นหนึ่งชั่วโมง และชั่วโมงถัดไปคิดค่าบริการเป็นทุก 15 นาที (นับตามที่ปรากฏในใบดมยาสลบ)

3) กรณีเย็บแผลทั่วไป(รหัส71830)ถอดเล็บ(รหัส71831)ผ่าซีสต์ไขมันใต้ผิวหนัง(sebaceous cyst รหัส71832) จี้หูด (รหัส71833) ผ่าฝี (รหัส71834) ให้เบิกตามรหัสรายการที่กำหนด โดยรวมชุดเย็บ เข็ม ด้าย ไหมเย็บ 1 เส้น และยาชา (ไม่รวมไหมชนิดพิเศษ)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหรือหลักฐานการทำหัตถการ ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ

2) ต้องพบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือวิสัญญี ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด

3) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การใช้เครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) acute hemodialysis รวมอุปกรณ์พื้นฐานวัสดุสิ้นเปลือง ตัวกรอง blood line เข็มแทง ยาพื้นฐาน ออกซิเจน และ monitor หรือ การเย็บแผลได้รวมการค่าทำแผลแล้วไม่ให้มีการเบิกเพิ่มอีก เป็นต้น

หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการพยาบาล

ค่าบริการทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน

1) ค่าบริการพยาบาลทั่วไป คือ การพยาบาลพื้นฐานที่คิดเหมาจ่ายเป็นรายวัน ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การวัดสัญญาณชีพ การจัดยา การให้ยา การเจาะเลือด การให้เลือด การดูแลท่อและสารระบาย การส่งตรวจ การดูและปรับตั้งอุปกรณ์การแพทย์ การเช็ดตัว การอาบน้ำเด็กแรกเกิด การให้อาหารผ่านทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การวัดระดับสายตา (visual acuity: VA) เป็นต้น ในการนี้ราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์ / วัสดุพื้นฐานทุกอย่าง เช่น เข็มและกระบอกฉีดยาแล้ว และ การคิดค่าบริการให้คิดสอดคล้องกับการคิดจำนวนวัน

2) ค่าบริการกิจกรรมพิเศษที่นอกเหนือจากค่าบริการพื้นฐาน เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ในการคิดค่าบริการให้รวมถึงค่าชุดเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐาน และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบคำสั่งแพทย์ (ยกเว้นกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น)

2) พบบันทึกทางการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ กรณีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของพยาบาลท่านใด และการบันทึกข้อมูลนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3) กรณีทำแผล ถ้าไม่มีการระบุลักษณะ ขนาดของแผล ให้พิจารณาจ่ายเป็นค่าทำแผลในอัตราค่าใช้จ่ายต่ำสุด และสอดคล้องกับลักษณะของบาดแผล ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายของแต่ละกองทุน

ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการ ห้ามนำมาเบิกอีก ให้เป็นไปตามประกาศ / ระเบียบที่เกี่ยวข้องแต่ละกองทุน

หมายเหตุ ค่าบริการผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ

1) รวมบริการพื้นฐานทั้งหมด ตั้งแต่ทำบัตร พบแพทย์ และรับยา

2) ให้เบิกได้หากแพทย์เป็นผู้สั่งยาหรือการรักษากรณีญาติรับยาแทน

3) ไม่ให้เบิกกรณีที่มีการนัดมาทำหัตถการต่าง ๆ โดยไม่ได้พบแพทย์ เช่น การล้างแผล การฉีดยา การทำกายภาพ การนวดแผนไทย การฟอกเลือด การตรวจเลือด หรือ X-ray เป็นต้น

4) ไม่ให้เบิกในกรณีที่มีการเบิกค่าเตียงสังเกตอาการไปแล้ว (กรณีนอนตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป)

5) ในกรณีที่มารับบริการในครั้งเดียวกัน ให้สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ (55020) หรือนอกเวลาราชการ (55021) อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรค โดยคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึก การวินิจฉัย อาการ หรืออาการแสดง ที่ระบุตำแหน่ง ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยทันตแพทย์ หรือ ทันตาภิบาล พบการลงนาม และระบุตำแหน่ง หรือเลขใบประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ การให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด

2) มีบันทึกรายละเอียดการให้บริการรักษาทางทันตกรรม ระบุซี่ หรือ quadrant ประเภทการให้บริการ กรณีพบการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการซ้ำในตำแหน่งเดิม ต้องบันทึก treatment plan

3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลท่านใด และการให้บริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

ค่าบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ค่ากายภาพบำบัด

ค่าบริการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าอาชีวบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์เพื่อส่งรักษาทางกายภาพบำบัด หรือพบบันทึกคำสั่งแพทย์รายการการรักษาทางกายภาพบำบัด ควรระบุแผนการรักษาเพื่อบรรลุเป้าหมาย และกำหนดระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง

2) ต้องพบบันทึกรายละเอียดการบริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน ครบถ้วนทุกรายการ พบการลงนาม และระบุตำแหน่ง โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ

3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้ให้บริการ และการบริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น

ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน ตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพและการประกอบโรคศิลปะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้น ๆ ดังนี้

1. ค่าบำบัดรักษาและการฟื้นฟูด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนจีน

ค่าบริการฝังเข็มและค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฝังเข็มที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตรจากหน่วยงานภาครัฐของไทย ดังนี้

1) ค่าบริการฝังเข็ม ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการฝังเข็มเพื่อการบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) ค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ และอัมพาต

หลักเกณฑ์การตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในเวชระเบียน

2) การเบิกนั้นต้องมีใบรับรองซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องผ่านการอบรมด้านการฝังเข็มที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตรจากหน่วยงานภาครัฐของไทย หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการฝังเข็มเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

3) ต้องพบบันทึกการให้บริการฝังเข็มเพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องผ่านการอบรมด้านการฝังเข็มหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมีรายละเอียดการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง ระยะเวลาให้บริการ ทั้งนี้ต้องระบุโรค หรืออาการ และระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน

4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้างต้น ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้รายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

2. ค่าบริการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการบำบัดรักษาโรคและการการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์วัสดุพื้นฐานที่ใช้ในการรักษา เช่น ค่าลูกประคบ ค่าสมุนไพร ค่าหม้อเกลือ และค่าบริการทางการแพทย์แล้ว

หลักเกณฑ์การตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2) การเบิกนั้นต้องมีใบรับรองซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

3) ต้องพบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยครบถ้วนทุกรายการ ต้องมีรายละเอียดการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง ระยะเวลาให้บริการ ทั้งนี้ต้องระบุโรค หรืออาการและระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน

4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้างต้น ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้รายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

หมายเหตุ

1) ค่ายาสมุนไพร หรือยาแผนไทยที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกจ่ายในหมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวด 4 ค่ายากลับบ้าน แล้วแต่กรณี โดยให้เป็นไปตามประกาศของแต่ละกองทุน

2) กรณีใบรับรองแพทย์ระบุโรคหรืออาการ และระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในแต่ละรอบต้องไม่เกิน 1 เดือน และรายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามประกาศของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แบ่งเป็น

1) ค่าบริการที่เบิกได้ เช่น ค่าพาหนะ ค่าพาหนะส่งต่อ หมายถึง พาหนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรจะมีอุปกรณ์ basic life support และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วย

2) ค่าบริการที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าสระผม ทำผม เป็นต้น ทั้งนี้ ค่าบริการที่เบิกได้ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายตามที่แต่ละกองทุนกำหนด

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ต้องพบหลักฐานครบถ้วน ดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) บันทึกการส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ เช่น บันทึกทางการพยาบาลในขณะส่งต่อผู้ป่วยใบขออนุญาต / อนุมัติใช้ยานพาหนะของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

ภาคผนวก

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน

ลำดับ	เรื่อง	ประกาศในราชกิจจานุเบกษา			
		เล่มที่	ตอนที่	หน้าที่	วัน/เดือน/ปี ที่ลงประกาศ
1	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	เล่มที่ 115	ตอนที่ 15 ก	หน้า 32-47	24 มีนาคม 2541
2	ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499				
3	ข้อบังคับสภาพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564	เล่มที่ 138	ตอนพิเศษ 53 ง	หน้า 28-38	10 มีนาคม 2546
4	ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565	เล่มที่ 139	ตอนพิเศษ 257 ง	หน้า 36	31 ตุลาคม 2565
5	ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2561	เล่มที่ 135	ตอนพิเศษ 114 ง	หน้า 31-36	21 พฤษภาคม 2561
6	ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564	เล่มที่ 138	ตอนพิเศษ 280 ง	หน้า 23	15 พฤศจิกายน 2564
7	ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564	เล่มที่ 139	ตอนพิเศษ 14 ง	หน้า 85	19 มกราคม 2565
8	ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2565	เล่มที่ 139	ตอนพิเศษ 197 ง	หน้า 50-51	24 สิงหาคม 2565

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

(กรมบัญชีกลาง)

กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียน ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกา

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ ว 379 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553)

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน)

หลักเกณฑ์

หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ ว 379 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553)

ข้อมความเข้าใจการขอใช้สิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ (ที่ กค 0422.2/ว 303 ลงวันที่ 6 กันยายน 2554)

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในกรณีเด็กแรกเกิด (ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 327 ลงวันที่ 13 กันยายน 2556)

หนังสือเวียน

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0417/ว 84	28 กันยายน 2549	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พศ.2553
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 143	19 มีนาคม 2561	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 332	23 กรกฎาคม 2561	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.3/ว 200	26 เมษายน 2562	ข้อมความเข้าใจแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 628	16 ตุลาคม 2567	การเร่งรัดการส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยในของสถานพยาบาลของทางราชการ
การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 112	24 มีนาคม 2554	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0431.4/ว 182	29 เมษายน 2559	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 270 วัน
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 1202	2 ธันวาคม 2564	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 485	22 ธันวาคม 2560	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 187	17 พฤษภาคม 2556	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้ 1.กรณีขอเบิกเพิ่มเติม Outlier Reimbursements schedule) 2. ค่ายาแยกต่างหากจาก DRS 2.1 ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2.2 ยา ATG (Antithymocyte immunoglobulin) สำหรับผู้ป่วยไขกระดูกฝ่อรุนแรงตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2.3 ยา IVIG (Human normal immunoglobulin,intravenous) สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 214	19 เมษายน 2567	ข้อมความเข้าใจการเบิกค่าตรวจวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 370	26 มิถุนายน 2567	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเพิ่มเติมแยกต่างหากจากเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ค่าฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			
ด่วนมาก	ที่ กค 0502/ว 76	20 มิถุนายน 2537	การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีค่าฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
แนวทางการปฏิบัติและข้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ			
-	ที่ กค 0502/ว 6538	18 มีนาคม 2519	การเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีค่าทำหมันของทั้งหญิงและชาย เบิกทางราชการได้
-	ที่ กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและข้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (การคุมกำเนิด) เบิกไม่ได้

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
การตรวจสุขภาพประจำปี			
-	ที่ กค 0526.7/ว 54	23 กรกฎาคม 2542	การใช้ใบเสร็จรับเงินรวมเป็นหลักฐานในการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี (กรณีตรวจสุขภาพเป็นหมู่คณะ)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0530.2/ว 138	4 ธันวาคม 2543	การตรวจสุขภาพประจำปี (ให้ตรวจปีงบประมาณปีละ 1 ครั้ง และให้ยื่นเบิกนับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (รายการแนบท้าย:ค่าตรวจสุขภาพประจำปี)
-	ที่ กค 0417/ว 17	9 มกราคม 2550	ขอแก้ไขและซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (ปรับราคาของรหัส 38302)
-	ที่ กค 0422.2/ว 362	5 ตุลาคม 2554	การปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกค่ารวจสุขภาพประจำปี รายการ ค่าตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest -X-ray)
-	ที่ กค 0422.2/ว 316	16 กันยายน 2554	การตรวจภาวะโรคกระดูกพรุน
การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากประกันชีวิต			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (มาตรา 11)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 380	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัยกรณีใช้หลักฐานการรับเงิน
-	ที่ กค 0422.2/ว 45	7 กุมภาพันธ์ 2554	ซ้อมความเข้าใจหลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากสัญญาปรันภัยกรณีใช้หลักฐานการรับเงิน
กรณีผู้ประสบภัยจากรถ			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (มาตรา 12)
-	ที่ กค 0526.5/ว 82	25 สิงหาคม 2543	วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ประสบภัยจากรถถูกกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือบริษัทประกันภัยเรียกเงินค่าเสียหายเบื้องต้นคืน
กรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 12	6 มกราคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 13	6 มกราคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 429	20 กรกฎาคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (ฉบับที่ 2)
การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	ที่ กค 0417/ว 76	27 กุมภาพันธ์ 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุข
-	ที่ กค 0422.2/ว 128	3 เมษายน 2556	การบูรณาการการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามนโยบายรัฐบาล
โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคไต (ระบบ HD)			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 84	28 กันยายน 2549	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 161	10 พฤศจิกายน 2549	การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีการส่งต่อผู้ป่วย
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 83	2 มีนาคม 2550	การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 198	6 มิถุนายน 2550	ซ้อมความเข้าใจการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและซ้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 277	14 สิงหาคม 2552	การอนุมัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกรณีส่วนเกินค่าคลอดบุตรประกันสังคม
-	กค 0422.2/ว 97	14 มีนาคม 2555	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0431.4/ว 19	14 มกราคม 2559	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 404	14 ตุลาคม 2559	การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 146	14 เมษายน 2563	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 150	15 เมษายน 2563	การต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 450	22 กันยายน 2563	การเบิกจ่ายค่ายาหรือสารอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 130	10 มีนาคม 2564	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ 2)
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 192	10 มีนาคม 2565	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) (CRRT) หมวด 11
ด่วนที่สุด	กค 0416.4 /ว 150	15 เมษายน 2563	การต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 651	29 ตุลาคม 2567	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ 3)
หลักเกณฑ์และอัตราการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 805	12 กรกฎาคม 2565	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 1095	5 กันยายน 2565	กำหนดอัตราค่ายาประเภทผู้ป่วยนอกกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
การรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกผ่านแอปพลิเคชัน			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 367	26 มิถุนายน 2566	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกผ่านแอปพลิเคชัน
โครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ระบบ OCPA)			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 442	23 ธันวาคม 2551	การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 4	7 ม.ค. 2552	ขอแก้ไขและข้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 111	24 ก.ย. 2555	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
-	กค 0416.2/ว 91	20 มีนาคม 2560	กำหนดและข้อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 34	19 มกราคม 2561	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 156	23 มีนาคม 2561	การเบิกจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 424	20 กันยายน 2561	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
-	กค 0416.2/ว 448	2 ตุลาคม 2561	แก้ไขแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายาที่กรมบัญชีกลางได้ประกาศหลักเกณฑ์ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.2/ว 424 ลงวันที่ 20 กันยายน 2561
-	กค 0416.2/ว 85	22 กุมภาพันธ์ 2562	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 122	13 มีนาคม 2562	แก้ไขแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายาที่กรมบัญชีกลางได้ประกาศหลักเกณฑ์ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 85 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 340	12 กรกฎาคม 2562	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 445	12 กันยายน 2562	การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติดรหัส C54 หรือรหัส C506) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 532	12 พฤศจิกายน 2562	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 278	19 มิถุนายน 2563	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 442	17 กันยายน 2563	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 588	9 ธันวาคม 2563	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 1287	28 ธันวาคม 2564	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 243	29 มีนาคม 2565	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 693	28 มิถุนายน 2565	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 1342	27 ตุลาคม 2565	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
-	กค 0416.2/ว 1551	20 ธันวาคม 2565	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 21	10 มกราคม 2566	ข้อมความเข้าใจและแก้ไขข้อความเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ายาที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 62	26 มกราคม 2566	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 223	19 เมษายน 2566	ปรับปรุงประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 582	27 กันยายน 2567	แจ้งเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ดำเนินการตามโครงการหรือระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มโรคซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 609	9 ตุลาคม 2567	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 286	30 เมษายน 2568	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (ระบบ RDPA) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (ระบบ DDPA)			
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 444	12 กันยายน 2562	การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติดรหัส C54 หรือรหัส C506) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (RDPA) และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (DDPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 623	30 ธันวาคม 2563	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 166	26 มีนาคม 2564	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 405	13 กรกฎาคม 2566	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติกซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 152	3 มีนาคม 2568	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
โครงการเบิกจ่ายตรงกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (IBD) กลุ่มโรคตาอักเสบจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ (Uveitis) และโรคนิวโรมัยอิลัยติส ออฟติกา (NMO) ที่มีค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มยา Biologic Agents			
-	กค 0416.2/ว 681	5 สิงหาคม 2564	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะตาอักเสบซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 1106	5 พฤศจิกายน 2564	เรื่องหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 476	25 พฤษภาคม 2565	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคนิวโรมัยอิลัยติส ออฟติกา
การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง			
-	กค 0416.2/ว 771	27 ธันวาคม 2566	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 308	8 พฤษภาคม 2568	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง			
-	กค 0416.2/ว 94	14 กุมภาพันธ์ 2567	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาฉีด
-	0416.2/ว 498	25 กรกฎาคม 2568	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาฉีด
หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับรักษาผู้ป่วยโรค Hereditary Angicedema (HAE)			
-	กค 0416.2 /ว 427	23 มิถุนายน 2568	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายา icatibant สำหรับรักษาผู้ป่วยโรค Hereditary Angioedema (HAE)
ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 76	29 กุมภาพันธ์ 2555	หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย
อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ			
หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/พิเศษ ว 2	4 ธันวาคม 2556	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หมวด 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค			
-	กค 0416.4/ว 1139	15 พฤศจิกายน 2564	การเพิ่มเติมข้อบ่งชี้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รหัส 7214 และ รหัส 7301
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 751	28 พฤศจิกายน 2567	ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 801	23 ธันวาคม 2567	การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและข้อพิจารณาความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 57	15 กรกฎาคม 2552	การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติและข้อพิจารณาความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
-	กค 0422.2/ว 72	28 กุมภาพันธ์ 2555	ข้อพิจารณาความเข้าใจกรณีการเบิกค่ายาประเภทวิตามิน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 111	24 กันยายน 2555	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 472	27 ธันวาคม 2556	แนวทางการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 353	14 พฤศจิกายน 2557	แนวปฏิบัติการส่งข้อมูลยาเพื่อประกอบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 262	29 กรกฎาคม 2558	หลักเกณฑ์การเบิกค่ายานวดบรรเทาอาการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 400	11 ตุลาคม 2559	กำหนดและข้อพิจารณาความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายา (กรณีใบรับรองการสั่งใช้ยานอกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์)
-	กค 0416.2/ว 91	20 มีนาคม 2560	กำหนดและข้อพิจารณาความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)
-	กค 0416.2/ว 389	30 สิงหาคม 2561	ข้อพิจารณาความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายา
-	กค 0416.2/ว 291	13 มิถุนายน 2562	การแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
-	กค 0416.2/ว 167	26 มีนาคม 2564	หลักเกณฑ์การเบิกค่ายาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 681	10 พฤศจิกายน 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจอประสามตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวุ้นตา
-	กค 0416.2/ว 96	15 กุมภาพันธ์ 2567	กำหนดหลักเกณฑ์และข้อพิจารณาความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ายาประเภทวิตามิน
-	กค 0416.2/ว 246	11 เมษายน 2568	ปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจอประสาทตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวุ้นตา (ครั้งที่ 1/2568)
-	กค 0416.2/ว 537	13 สิงหาคม 2568	การกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายารักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 604	12 กันยายน 2568	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยา Rituximab ในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน
-	กค 0416.2 /ว 606	12 กันยายน 2568	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคไตอักเสบซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ยา Rituximab)
หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 118	29 มีนาคม 2554	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ หมวด 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา
-	กค 0422.2/ว 492	4 ธันวาคม 2558	ข้อพิจารณาความเข้าใจการเบิกจ่ายค่าผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติหนืดสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา
หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
-	กค 0416.2/ว 393	10 ต.ค. 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธันวาคม 2560	ขอขยายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 มกราคม 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉันทางเทคนิคการแพทย์
-	กค 0416.2/ว 372	22 สิงหาคม 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เพิ่มเติม
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0416.2/ว 393	10 ตุลาคม 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธันวาคม 2560	ขอขยายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 มกราคม 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
-	กค 0416.2/ว 372	22 สิงหาคม 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เพิ่มเติม
หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 กันยายน 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
-	กค 0416.2/ว 376	7 สิงหาคม 2562	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินัจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
-	กค 0416.2/ว 442	10 กันยายน 2563	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการหมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
-	กค 0416.2/ว 146	9 มีนาคม 2566	ปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการรังสีรักษา
หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 214	19 เมษายน 2567	ข้อมความเข้าใจการเบิกค่าตรวจวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 11 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 กันยายน 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 681	10 พฤศจิกายน 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจอประสามตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวุ้นตา
หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการพยาบาล			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	ที่ กค 0417/ว 197	12 ธันวาคม 2549	อัตราค่าบริการพยาบาลทั่วไป ICU ของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (รหัส 55013 ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน)
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 435	9 กันยายน 2562	ข้อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ/นอกเวลาราชการ)
หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม			
ด่วนที่สุด	กค 0431.2/ว 246	16 มิถุนายน 2559	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 369	21 กันยายน 2559	ขอแก้ไขประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม และข้อมความเข้าใจการเบิกค่าฟันเทียมและอุปกรณ์
หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0417/ว 17	9 มกราคม 2550	ขอแก้ไขและข้อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลใน
	กค 0417/ว 17	9 มกราคม 2550	ขอแก้ไขและข้อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการในการบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 447	12 พฤศจิกายน 2558	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น (ค่านวด)
-	กค 0416.2/ว 134	15 มีนาคม 2561	ข้อมความเข้าใจการเบิกค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น
หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 11	16 มกราคม 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 18	22 มกราคม 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและวิธีการนำเงินส่งคืนคลัง **หมายเหตุ** วิธีการนำเงินส่งคืนคลังให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 209	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษาพยาบาลส่งคืนคลัง
-	กค 0422.2/ว 364	6 ตุลาคม 2554	การใช้หลักฐานในการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงที่ถูกเรียกเงินคืน
-	กค 0422.3/ว 1422	11 พฤศจิกายน 2565	การมอบหมายหน่วยงานเข้าตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการของสถานพยาบาล

ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2568

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูงสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิอื่น ๆ ที่ใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูงสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิอื่น ๆ ที่ใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

โรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (Oncology Prior Authorization: OCPA) กลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease Prior Authorization : RDPA) โรคผิวหนังเรื้อรัง (Dermatology Disease Prior Authorization : DDPA) และโรคที่ต้องใช้ยากลุ่ม Biological Agent

1. สถานพยาบาลโดยผู้อำนวยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้ใช้ยาเพื่อลงทะเบียน
2. สถานพยาบาลส่งรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อขอ Username และ Password พร้อมกับรายชื่อ แพทย์ ผู้ใช้ยา (ในกรณีที่ยังไม่มี Username และ Password)

↓

3. สตรพ. จัดทำ Username และ Password ส่งให้สถานพยาบาลเพื่อใช้ส่งข้อมูลในโปรแกรม

↓

4. แพทย์ผู้ใช้ยาส่งโปรโตคอลและสำเนาเวชระเบียนให้ตรวจสอบผ่านโปรแกรม

↓

5. สตรพ. ส่งโปรโตคอลและเวชระเบียนให้ Auditor ตรวจสอบ

↓

6. สตรพ. ส่งผลการตรวจสอบกลับให้สถานพยาบาลภายใน 7 วันทำการนับจากวันที่สถานพยาบาลส่งข้อมูลครบถ้วน

กรณีต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยาจะต้องแจ้งในระบบ OCPA/RDPA/DDPA/Biologic และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4-6

หมายเหตุ หากสถานพยาบาลไม่ต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยาของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนการใช้ยาไว้แล้วจะทำให้สถานพยาบาลไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลที่ส่งเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงได้ (ทุกกรณี) โดยสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) จะแจ้งรหัส F หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะแจ้งรหัส C474

การอุทธรณ์

1. กรณี OCPA/RDPA/DDPA/Biologic (สิทธิสวัสดิการข้าราชการ) ให้จัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์พร้อมกับดำเนินการขออนุมัติใช้ยาครั้งแรกหรือต่ออายุการใช้ยาของผู้ป่วยทุกรายไปยัง สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (สตรพ.) โดยตรง (ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.2/ว 582 ลงวันที่ 27 กันยายน 2567) ภายในวันที่ 30 มิถุนายนของทุกปี (ตามหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ 0416.3/ว 444 และ ที่ 0416.3/ว 445 ลงวันที่ 12 กันยายน 2562)
2. กรณี OCPA/RDPA/DDPA/Biologic (สิทธิอื่นนอกเหนือจากสวัสดิการข้าราชการ) ขั้นตอนให้เป็นไปตามแนวทางที่ สตรพ.กำหนด

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักการและเหตุผล

ภาวะไตวายเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะที่มีปัญหาด้านการบริการ อันเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีชีวิตอยู่โดยปราศจากอาการต่างๆ ที่เกิดจากการคั่งของของเสียในร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ตนเองมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

มูลนิธิวิจัยและพัฒนาการเงินการคลัง โดยสำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (สตรพ.) ได้รับมอบหมายจากกรมบัญชีกลางในการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทางอิเล็กทรอนิกส์

แนวทางปฏิบัติ

1. สตรพ. ได้ดำเนินการใช้ HD โปรแกรม ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจสอบจากสถานพยาบาลเพื่อจัดส่งแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งข้อมูลประกอบด้วยดัชนีชี้วัดของการให้บริการและการรักษาตามมาตรฐานในรายบุคคล รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยและประเมินผลการรักษาโดยแพทย์เป็นระยะตามมาตรฐาน
2. จัดอบรมแพทย์ให้สามารถทำการตรวจสอบเวชระเบียนของสถานพยาบาลด้วยตนเองและจัดส่งผลการตรวจสอบตามโปรแกรมทางอิเล็กทรอนิกส์
3. สตรพ. จัดรวบรวมข้อมูลรายปีเพื่อวิเคราะห์และนำมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. สถานพยาบาลได้พัฒนาระบบตรวจสอบตนเอง พัฒนาบุคลากรและข้อมูลการประเมินคุณภาพการรักษาของตนเองเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเป็นธรรม สมเหตุผล
3. กองทุนสามารถนำข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลเพื่อใช้ในระบบบริการและในเชิงนโยบาย

การเข้าร่วมโครงการ

1. สถานพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมัครเข้าโครงการด้วยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลตนเองให้ สตรพ. เพื่อลงทะเบียนในระบบและสามารถเข้าใช้โปรแกรมได้

2. สตรพ. และคณะแพทย์ผู้ริเริ่มโครงการจัดอบรมแนวทางการตรวจสอบการใช้โปรแกรม และการบันทึกข้อมูลแก่แพทย์ผู้ร่วมทำการตรวจสอบ

วิธีการตรวจสอบ

1. ในปีที่ 1 ของสถานพยาบาลที่เข้าโครงการ สตรพ. จัดอบรมแพทย์ผู้ร่วมทำการตรวจสอบของสถานพยาบาล และร่วมตรวจสอบ บันทึกข้อมูลใน HD Program ตามหลักฐานทางเวชระเบียนของผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการรักษามาแล้วเกินกว่า 6 เดือน ของหน่วยบริการไตเทียมนั้น

2. หลังจากการตรวจสอบครั้งที่ 1 สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ประเมินผลการรักษาของ ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลใน HD Program ในเวลา 6 เดือนต่อมา

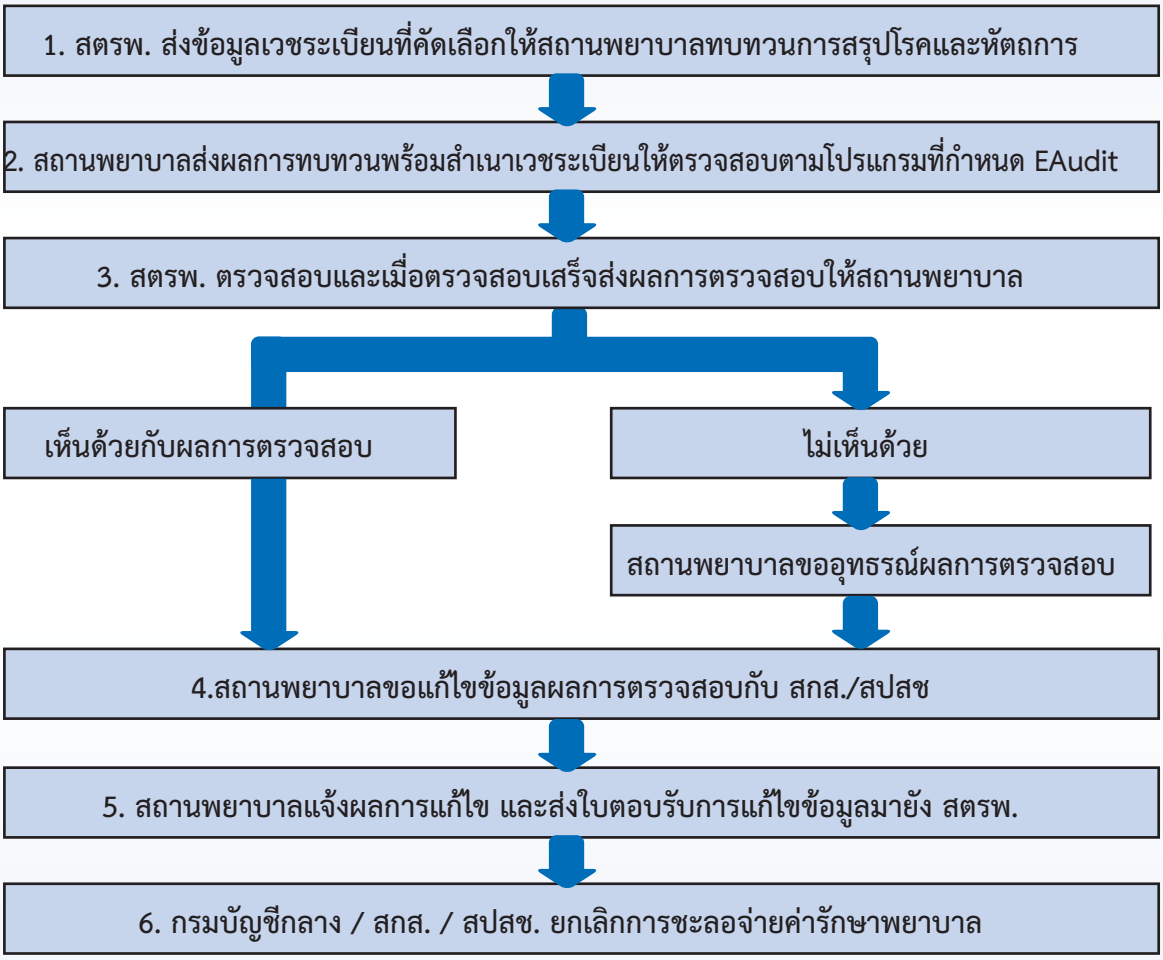
3. สตรพ. จะตรวจสอบซ้ำโดยคณะแพทย์ผู้ตรวจสอบ ร่วมกับแพทย์ผู้ตรวจสอบจากสถานพยาบาล

4. ในปีที่ 2-3 สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมาย และบันทึกข้อมูลใน HD Program เพื่อติดตามผลการผลการบริการ การรักษา การดูแล และการประเมินสภาพผู้ป่วยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ตรวจแล้วในปีที่ 1 และปีต่อ ๆ ไป

การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (ใช้เมื่อสถานพยาบาลถูกชะลอจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) เนื่องจากพบข้อผิดพลาดในการสรุปโรค สรุปหัตถการ และส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (ใช้เมื่อสถานพยาบาลถูกชะลอจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน) เนื่องจากพบข้อผิดพลาดในการสรุปโรค สรุปหัตถการและส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ก่อนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล)



ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

1. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยจะต้องระบุประเด็นและวงเงินที่ขออุทธรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานและเหตุผลประกอบให้ชัดเจน ส่งให้กรมบัญชีกลาง (บก.) พิจารณาภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการตรวจสอบ ฯ

2. บก. ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สตรพ. หรือหน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

3. บก. แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ โดยหากมีเงินค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเบิกไปโดยไม่ถูกต้อง บก. จะแนบรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ New GFMIS Thai และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลดำเนินการ

กรณียอมรับผลอุทธรณ์

4. สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง ตามขั้นตอนที่ บก. แจ้งตามหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ ในข้อ 3 ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์จาก บก.ทั้งนี้ บก.จะเป็นผู้นำส่งเงินในระบบ New GFMIS Thai แทนสถานพยาบาล

กรณีไม่ยอมรับผลอุทธรณ์

5. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ตามข้อ 3 ให้ บก.พิจารณาภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์จาก บก.

5.1 บก.ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สตรพ. หรือหน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

5.2 บก.แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ โดยหากมีเงินค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเบิกไปโดยไม่ถูกต้อง บก. จะแนบรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ New GFMIS Thai และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลดำเนินการ **ทั้งนี้ผลการพิจารณา คำขออุทธรณ์ในครั้งนี้ถือเป็นที่สิ้นสุด สถานพยาบาลไม่สามารถขออุทธรณ์ได้อีก**

5.3 สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง โดยปฏิบัติตามข้อ 4.

หมายเหตุ

1. กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบดังกล่าวได้โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการขออุทธรณ์ข้างต้น
2. การนำเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลังเป็นไปตามหลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษาพยาบาลส่งคืนคลังที่กำหนดตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 /ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
3. กรณีกรมบัญชีกลางแจ้งผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการหรือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์แล้ว แต่สถานพยาบาลไม่ส่งคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องหรือไม่ขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ แล้วแต่กรณี กรมบัญชีกลางจะชะลอการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในงวดถัดไปทันที

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

(สำนักงานประกันสังคม)



ระเบียบสำนักงานประกันสังคม
ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน
และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เป็นไปตามความในข้อ ๑๒ (๑) แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับเพื่อให้การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนและการจ่ายเงินค่ายาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และค่ายา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ สำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล และการจ่ายเงินค่ายาแก่หน่วยงานภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ วิธีปฏิบัติใด ซึ่งมิได้กำหนดในระเบียบนี้ให้ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“ค่าบริการทางการแพทย์” หมายความว่า เงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตน

“ค่ายา” หมายความว่า เงินค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) หรือค่ายาต้านไวรัสเอดส์

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายความว่า สถานพยาบาลที่นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยวิธีเหมาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลโดยให้จ่ายภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง เป็นรายเดือนๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบห้าของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการไปรับบริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสามเดือน นับแต่เดือนที่มีการจ่ายเงิน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปีตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งงบประมาณเป็นสองส่วน ส่วนที่ ๑ แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่าๆ กัน จำนวนสิบเอ็ดงวด ส่วนที่ ๒ จ่ายเป็นงวดที่ ๑๒ และให้จ่ายเงินภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ ดังนี้

งวดที่ ๑ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๒ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๒ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๓ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๒ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๓ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๔ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๓ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๔ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๕ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม และนำเงินค่าบริการ

ทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๔ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๕ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๖ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๕ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๖ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๗ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๖ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๗ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๘ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๗ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๘ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๙ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๘ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๙ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๑๐ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๙ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑๐ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๑๑ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๑๐ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑๑ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๑๒ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลปีนั้นทั้งหมดที่ส่งภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๑๑ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑๒ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง การกำหนดสัดส่วนงบประมาณระหว่างส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ หรือการกำหนดสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งคะแนนโรคเรื้อรังแต่ละโรค เพื่อคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ให้สำนักงานพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

สำหรับปีที่สำนักงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ใช้ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ทำให้ต้องขยายระยะเวลาการส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ให้คำนวณคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก และน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของปีก่อนหน้า และใช้ข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยตามปีที่จ่าย ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลเป็นรายเดือนไปก่อน และเมื่อได้รับข้อมูลปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑ สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนของปีที่จ่าย ด้วยอัตราร้อยละยี่สิบห้าของอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว ให้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑

ข้อ ๘ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์การให้บริการที่ดี ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนและตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

(ก) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

(ข) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) และประเภทการจำหน่าย (Discharge type) ผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๙ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Related Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์คงเหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดลงให้แก่สถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่ายาตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

ข้อ ๑๑ ในกรณีสำนักงานได้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๙ ไปแล้ว ต่อมาในภายหลังจากการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน และการคำนวณที่ถูกต้องพบว่าสำนักงานได้จ่ายเงินเกินกว่าจำนวนเงินซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริง ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายเป็นผู้พิจารณาปรับปรุงหักลบจำนวนเงินที่ขาดหรือเกินในเดือนถัดจากเดือนที่มีการคิดคำนวณที่ถูกต้องหรือดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาล หรือจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจากสำนักงาน

กรณีพบว่าสำนักงานต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในสามสิบวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๒ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเกินกว่าสองแสนห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบ ของค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) และให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์ออกประกาศแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณี ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนหรือจ่ายเงินค่ายาตามหลักเกณฑ์และอัตราที่มีการแก้ไขปรับปรุงดังกล่าวแล้ว

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานดำเนินการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนวันที่ระเบียบฉบับนี้ใช้บังคับจนครบตามจำนวนที่สำนักงานต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราคงที่หนึ่งหมื่นสองพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ทั้งนี้ ให้สำนักงานติดตามตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (Pre-payment reviews) และรายงานต่อคณะกรรมการการแพทย์"

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

สุรเดช วลีอิทธิกุล

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

---

๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW≥๒) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๕.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW<๒) และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight: (AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

๖.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight: AdjRW<๒) ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

๗. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตาม (ข) ถึง (ช) ใน ข้อ ๕ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๙. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเองหรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการ ดังนี้

๙.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๒.๑) แบบ Simple

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๘,๐๐๐ บาท

๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto)

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

๖) การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTP หรือ CRTD

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๙.๒ การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ ๙.๑ ให้มีผลเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ ตามข้อ ๙.๑ ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม

๙.๓ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนดและไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

๙.๔ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลอื่นให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล

๙.๕ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๑) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

(๕) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๙.๖ สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม

๑๐. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) สำหรับรายการการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการประเมินศักยภาพระบบบริการการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) กับสำนักงาน ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การขออนุมัติก่อนการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA) ดังนี้

๑๐.๑ คุณสมบัติของผู้รับบริการ และข้อบ่งชี้ในการรักษา

(๑) ผู้รับบริการต้องมี อายุ ๑๘-๖๕ ปี

(๒) มีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

(๒.๑) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๗.๕ กก/ตร.ม.ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม

(๒.๒) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๒.๕ กก/ตร.ม.ขึ้นไปที่มีโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยอาจมีความดันโลหิตสูงหรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมด้วย รวมทั้งมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

๑) ภาวะไขมันในเลือดสูง

๒) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

๓) ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome : PCOs)

๔) Non-alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) /Non-alcoholic steatohepatitis

๕) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

๖) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

๗) ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency - CVI)

๘) โรคหลอดเลือดสมอง (CVD)

๙) น้ำหนักผิดปกติจากผลของฮอร์โมน

๑๐) น้ำหนักผิดปกติที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

๑๑) ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้และมีค่าดัชนีมวลกาย ๓๐.๐ กก./ตร.ม.ขึ้นไ

โดยทั้งสองกรณีตาม (๒.๑) และ (๒.๒) ผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่แล้ว โดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและนักโภชนาการบำบัดไม่น้อยกว่า ๖ เดือน แต่ไม่สามารถ บรรลุเป้าหมาย

๑๐.๒ คุณสมบัติสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วน ทุพพลภาพ (Morbid Obesity)

(๑) ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัด ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์

(๒) สถานพยาบาลจะต้องมีการจัดตั้งศูนย์ลดความอ้วนในสถานพยาบาลอย่างครบวงจร

(๓) มีแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้น และระยะยาวก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านอายุรกรรม ด้านศัลยกรรม ด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ และนักโภชนาการบำบัด เป็นต้น โดยมีการกำกับติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง

(๔) มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤต ที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงได้ภายหลังการผ่าตัด

(๕) มีความพร้อมของบุคลากร

(๕.๑) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

(๕.๒) ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่รับรองโดยสมาคมศัลยแพทย์โรคทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมีประกาศนียบัตรรับรองจากต่างประเทศ

(๕.๓) สามารถให้บริการศัลยกรรมลดความอ้วนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

(๕.๔) มีความสามารถในการบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง

(๖) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

(๖.๑) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่ออย่างน้อยหนึ่งคน

(๖.๒) นักโภชนาการหรือนักโภชนาการบำบัดอย่างน้อยหนึ่งคน

๑๐.๓ แนวทางการกำกับคุณภาพการบริการ

(๑) สถานพยาบาลต้องมีหลักฐานการประเมิน โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมินดังกล่าว ต้องแสดงเจตจำนง และมีหลักฐานประกอบ ดังนี้

(๑.๑) ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลง ๕ - ๑๐ % จากน้ำหนักเดิมก่อนได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓ เดือน

(๑.๒) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๘๐% ก่อนการผ่าตัด ในระยะเวลา ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ลดความอ้วนในสถานพยาบาลอย่างครบวงจร

(๑.๓) ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการดูแลตัวเอง หลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

(๒) สถานพยาบาลมีระบบการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยมีการกำกับติดตามผลการลดน้ำหนัก และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้เป็นตามเป้าหมายอย่างเคร่งครัดไม่น้อยกว่า ๒ ปี โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่ให้สถานพยาบาลรายงานต่อสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

(๒.๑) จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัด และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการผ่าตัดได้

(๒.๒) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามครบ ๑ ปี และ ๒ ปี ตามเกณฑ์

(๒.๓) จำนวนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการลดความอ้วนได้ตามเกณฑ์/ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

(๒.๔) จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ

(๒.๕) รายงานภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Complication Rate) ในระยะ ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน ๑ ปี และ ๒ ปี

(๒.๖) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๑๐.๔ สถานพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) จะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยตามระบบเหมาจ่าย เป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) โดยต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพของศูนย์ลดความอ้วนครบวงจรของสถานพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมสังคมกำหนด และตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) แล้ว ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๑๐.๕ ขั้นตอนการขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA) ดังนี้

(๑) ให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจประเมินสุขภาพผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนมีคุณสมบัติ และข้อบ่งชี้ในการรักษา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้ส่งเรื่องมาที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม เพื่อขออนุมัติก่อนการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA)

(๒) ให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ส่งหารือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางด้านการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatic Surgery) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้พิจารณาอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนและนำผลการพิจารณาเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อทราบ ในกรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางด้านการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatic Surgery) ของสำนักงานประกันสังคมให้ความเห็นไม่สอดคล้องกัน ให้เสนอคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อพิจารณา

(๓) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จะแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติสิทธิให้แก่สถานพยาบาลทราบ

สัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ประจำปี ๒๕๖๙

สัญญาเลขที่ ..... / ๒๕๖๘.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานประกันสังคม เลขที่ ๘๘/๒๘ หมู่ที่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๘... ระหว่าง สำนักงานประกันสังคม โดย ..... เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "สำนักงานฯ" ฝ่ายหนึ่ง กับ ..... ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ ..... มีสำนักงานแห่งใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โดย ..... ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ..... ลงวันที่ ..... และหนังสือมอบอำนาจลงวันที่ ..... แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "สถานพยาบาลฯ" อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บทนิยาม

ในสัญญานี้

"บริการทางการแพทย์" หมายความว่า บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลตามที่ระบุไว้ในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายสัญญานี้ และข้อ ๔ ที่สำนักงานฯ ประกาศตามข้อ ๔.๗

"ผู้ประกันตน" หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ บุคคลตามมาตรา ๓๘ วรรคสอง ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๙ และบุคคลตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒ และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนที่มีชื่อตามข้อ ๓.๓ วรรคสอง

"สิ้นสุดการรักษา" หมายความว่า สิ้นสุดความจำเป็นที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์

"สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า" หมายความว่า สถานพยาบาลที่สถานพยาบาลฯ ส่งต่อ หรือสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เพื่อให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เกินขีดความสามารถที่สถานพยาบาลฯ จะให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้

"สถานพยาบาลในระดับรอง" หมายความว่า สถานพยาบาลที่ได้ตกลงกับสถานพยาบาลฯ เพื่อรับช่วงการให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

"คณะกรรมการการแพทย์" หมายความว่า คณะกรรมการการแพทย์ตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ข้อ ๒ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา

๒.๑ เอกสารแนบท้ายสัญญา ที่เป็นประกาศ หรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๑ หมายเลข ๑ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑๕ (สิบห้า) หน้า ปรากฏตามลิงก์ และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๑ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๑.๒ หมายเลข ๒

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ และลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๕๑๙ (ห้าร้อยสิบเก้า) หน้า

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๗ จำนวน ๒ (สอง) หน้า และประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑ (หนึ่ง) หน้า

(๓) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ราคายา Erythropoietin ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๓ (สาม) หน้า และที่แก้ไขเพิ่มเติมลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ (หนึ่ง) หน้า

(๔) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๒ (สอง) หน้า

(๕) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง กำหนดอัตราและระยะเวลาการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๒ (สอง) หน้า

ปรากฏตามลิงก์ และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๒ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๑.๓ หมายเลข ๓ ชี้แจงมติคณะกรรมการการแพทย์ แนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์ แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล ในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และการบริหารยาบัญชี จ (๒) และแนวปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) และหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๓/๔๖๕๐ ฉบับลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๓๘ จำนวน ๖๒ (หกสิบสอง) หน้า ปรากฏตามลิงก์และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๓ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๑.๔ หมายเลข ๔ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติมลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ จำนวน ๘ (แปด) หน้า ปรากฏตามลิงก์ และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๔ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๑.๕ หมายเลข ๕ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ จำนวน ๘ (แปด) หน้า ปรากฏตามลิงก์ และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๕ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๑.๖ หมายเลข ๖ แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ จำนวน ๓ (สาม) หน้า ปรากฏตามลิงก์ และคิวอาร์โคด (Link and QR Code) หมายเลข ๖ แนบท้ายสัญญานี้

๒.๒ เอกสารแนบท้ายสัญญา ที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

ผนวก ๑ เอกสารใบสมัคร หนังสือตอบรับการเข้าร่วมทำสัญญาจ้าง หนังสือแจ้งจำนวนศักยภาพในการรับผู้ประกันตน ประจำปี ๒๕๖๙ เอกสารแจ้งรายชื่อสถานพยาบาลเครือข่าย และสถานพยาบาลระดับสูง สถานที่ตั้ง จำนวนเตียงในการรับผู้ป่วย เวลาทำการ เอกสารสำเนาสัญญาหรือข้อตกลงและเอกสารสำคัญต่าง ๆ ของสถานพยาบาลฯ จำนวน ..... (.....) หน้า

ความใดในเอกสารแนบท้ายสัญญาตามข้อ ๒.๒ ที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในสัญญานี้ให้ใช้ข้อความในสัญญานี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายสัญญานี้ขัดแย้งกันเอง สถานพยาบาลฯ จะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของสำนักงานฯ คำวินิจฉัยของสำนักงานฯ ให้ถือเป็นที่สุด และสถานพยาบาลฯ ไม่มีสิทธิเรียกร้องค่าจ้าง ค่าเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติมจากสำนักงานฯ ทั้งสิ้น

ข้อ ๓ ข้อตกลงว่าจ้าง

๓.๑ สำนักงานฯ ตกลงจ้างและสถานพยาบาลฯ ตกลงรับจ้างทำการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเต็มกำลังความสามารถของแพทย์ และต้องจัดหายา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามสัญญานี้อย่างเพียงพอจนสิ้นสุดการรักษา

๓.๒ การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามข้อ ๓.๑ สถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการแก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทำการรักษาพยาบาลตามข้อกำหนดและมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดขึ้น

๓.๓ จำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลฯ จะให้บริการทางการแพทย์ตามสัญญานี้มีจำนวนประมาณ .....(.....) คน

จำนวนผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งเป็นจำนวนโดยประมาณเท่านั้น จำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการทางการแพทย์อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ ในวรรคหนึ่งก็ได้ โดยจำนวนผู้ประกันตนที่ถูกต้องจะต้องเป็นผู้มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานฯ ได้กำหนดให้กับสถานพยาบาลฯ และเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒

ข้อ ๔ หน้าที่ของสถานพยาบาลฯ

๔.๑ สถานพยาบาลฯ ต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนไม่ต่ำกว่าการให้บริการแก่คนไข้อื่นในการดำเนินการปกติของสถานพยาบาลฯ

๔.๒ สถานพยาบาลฯ ต้องทำการรักษาผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่าย และจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลฯ จะไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖.๒ รวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ จากผู้ประกันตนอีก ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่น ๆ ซึ่งมิใช่บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑ ที่สถานพยาบาลฯ ได้จัดเพิ่มเติมขึ้นจากที่ได้แจ้งไว้กับสำนักงานฯ ในการสมัครเข้ารับเป็นสถานพยาบาลตามสัญญานี้ และจะต้องกำหนดไว้ชัดเจนในสถานพยาบาลฯ พร้อมกับแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบแต่เบื้องต้นก่อนให้บริการทางการแพทย์ในส่วนที่เป็นบริการอื่น ๆ ดังกล่าว ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยละเอียด ทั้งนี้ ต้องได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากผู้ประกันตนด้วย

๔.๓ สถานพยาบาลฯ ต้องจัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดไว้ในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายสัญญานี้ และต้องจัดให้มีการบริการในภาวะฉุกเฉินตลอด ๒๔ (ยี่สิบสี่) ชั่วโมง และจะต้องจัดทำให้ได้ไม่น้อยกว่ารายละเอียดการบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายสัญญานี้ ยกเว้นสถานพยาบาลในระดับรอง

๔.๔ สำนักงานฯ มีสิทธิที่จะทำการแก้ไขหรือเพิ่มเติมหรือลดจำนวนผู้ประกันตนซึ่งสำนักงานฯ ได้แจ้งต่อสถานพยาบาลฯ ตามข้อ ๓.๓ ได้โดยไม่ต้องบอกเลิกสัญญา ในกรณีเช่นนี้สถานพยาบาลฯ มีหน้าที่ปฏิบัติตามสัญญานี้ต่อไป และจะนำมาเป็นเหตุอ้างเพื่อยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงสัญญามิได้

๔.๕ สถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในกรณีโรคหรืออาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ประกันตนที่มีผล Anti-HIV Positive และให้บริการทางการแพทย์ตามเอกสารหมายเลข ๓ และหมายเลข ๔ แนบท้ายสัญญานี้

๔.๖ สถานพยาบาลฯ ต้องส่งเวชระเบียน เอกสาร หลักฐาน สถิติและรายงานเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน รวมถึงการให้ถ้อยคำและดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

เมื่อสำนักงานฯ แจ้งความประสงค์ขอตรวจสอบข้อมูลสถิติและรายงานงบแสดงฐานะทางการเงินและรายงานผลการดำเนินงานรวมทั้งข้อมูลรายได้และค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลฯ สถานพยาบาลฯ ต้องส่งเอกสาร หลักฐาน สถิติและรายงานเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่สำนักงานฯ กำหนดให้แก่สำนักงานฯ

๔.๗ สถานพยาบาลฯ จะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี คำสั่งหรือแนวทางปฏิบัติใด ๆ ของทางราชการที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ทั้งที่มีผลบังคับใช้ในขณะที่ลงนามในสัญญานี้และที่จะมีผลประกาศใช้บังคับในอนาคตอย่างเคร่งครัด

๔.๘ ในกรณีที่สถานพยาบาลฯ ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีตามประมวลรัษฎากร จะต้องส่งหลักฐานการได้รับยกเว้นภาษีของหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการพิจารณา และแจ้งยืนยันเป็นหนังสือให้ชัดเจน ถึงระยะเวลาที่ได้รับการยกเว้นภาษีนั้นให้สำนักงานฯ ทราบก่อนหรือในวันทำสัญญานี้

๔.๙ สถานพยาบาลฯ จะต้องปรับปรุงข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนให้ถูกต้องตามรอบการเกิดสิทธิทุกวันที่ ๑ และวันที่ ๑๖ ของทุกเดือน

ในกรณีที่สถานพยาบาลฯ มีคู่สัญญาเป็นสถานพยาบาลในระดับรองตามข้อ ๑๐.๒ สถานพยาบาลฯ จะต้องส่งข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งให้แก่สถานพยาบาลในระดับรองทุกครั้งที่ทำการปรับปรุงข้อมูล

ข้อ ๕ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา

๕.๑ ในขณะทำสัญญานี้สถานพยาบาลฯ ได้นำหลักประกันเป็นหนังสือค้ำประกันของ

.....

.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

มามอบให้สำนักงานฯ เพื่อเป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาลฯ จะเข้ารับเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และจะไม่ขอถอนตัวออกก่อนที่จะถึงกำหนดเวลาปฏิบัติตามสัญญาในข้อ ๗.๑ สำนักงานฯ จะคืนหลักประกันดังกล่าวให้เมื่อสถานพยาบาลฯ ได้ปฏิบัติตามข้อ ๕.๒ และเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญานี้แล้ว

๕.๒ ภายใน ๓๐ (สามสิบ) วันก่อนวันที่สถานพยาบาลฯ เริ่มปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑ สถานพยาบาลฯ จะต้องนำหลักประกันเป็นหนังสือค้ำประกันของ.....

.....

.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ (ห้า) ของค่าจ้างที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓.๓ วรรคหนึ่ง คูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายตามข้อ ๖.๑ มามอบให้แก่สำนักงานฯ เพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา ทั้งนี้ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาดังกล่าว จะต้องมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่สถานพยาบาลฯ มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑

ในกรณีที่สถานพยาบาลฯ ใช้หนังสือค้ำประกันมาเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา หนังสือค้ำประกันดังกล่าวจะต้องออกโดยธนาคารที่ประกอบกิจการในประเทศไทย หรือโดยบริษัทเงินทุนหรือบริษัทเงินทุนหลักทรัพย์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการเงินทุนเพื่อการพาณิชย์และประกอบธุรกิจค้ำประกันตามประกาศของธนาคารแห่งประเทศไทย ตามรายชื่อบริษัทเงินทุนที่ธนาคารแห่งประเทศไทยแจ้งเวียนให้ทราบตามแบบที่คณะกรรมการนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐกำหนด หรืออาจเป็นหนังสือค้ำประกันอิเล็กทรอนิกส์ตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนดก็ได้ และจะต้องมีอายุการค้ำประกันตลอดไปจนกว่าสถานพยาบาลฯ พ้นข้อผูกพันและความรับผิดทั้งปวงตามสัญญานี้

หลักประกันที่สถานพยาบาลฯ นำมามอบให้ตามวรรคหนึ่ง จะต้องมีอายุครอบคลุมความรับผิดทั้งปวงของสถานพยาบาลฯ ตลอดอายุสัญญา ถ้าหลักประกันที่สถานพยาบาลฯ นำมามอบให้ดังกล่าวลดลงหรือเสื่อมค่าลง หรือมีอายุไม่ครอบคลุมถึงความรับผิดของสถานพยาบาลฯ ตลอดอายุสัญญาไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม หรือในกรณีที่สำนักงานฯ ใช้สิทธิหักค่าปรับ ค่าเสียหายจากหลักประกันหรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามสัญญานี้ สถานพยาบาลฯ จะต้องหาหลักประกันมาใหม่ หรือหาหลักประกันมาเพิ่มให้ครบถ้วนตามวรรคหนึ่งมามอบให้แก่สำนักงานฯ ภายใน ๑๕ (สิบห้า) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานฯ

หลักประกันที่สถานพยาบาลฯ นำมามอบไว้ตามข้อนี้ สำนักงานฯ จะคืนให้แก่สถานพยาบาลฯ โดยไม่มีดอกเบี้ยเมื่อสถานพยาบาลฯ พ้นจากข้อผูกพันและความรับผิดทั้งปวงตามสัญญานี้แล้ว เว้นแต่กรณีสถานพยาบาลฯ ได้ทำสัญญาในปีถัดไปและได้วางหลักประกันทดแทน ตามหลักเกณฑ์และจำนวนที่สำนักงานฯ กำหนด

กรณีที่ได้มีการคืนหลักประกันนั้น ไม่ตัดสิทธิสำนักงานฯ ในการเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลฯ กรณีที่พบความเสียหายภายหลังที่ได้มีการคืนหลักประกันดังกล่าว

๕.๓ ในกรณีที่สถานพยาบาลฯ ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในข้อ ๕.๒ วรรคหนึ่งหรือวรรคสาม แล้วแต่กรณี ให้ถือว่าสถานพยาบาลฯ ไม่ประสงค์จะเข้ารับเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สำนักงานฯ มีสิทธิริบหลักประกันหรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกัน ตามข้อ ๕.๑ เป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้แล้วแต่สำนักงานฯ จะเห็นสมควรและเรียกค่าเสียหายอื่น ๆ อันจะพึงมีจากสถานพยาบาลฯ ได้อีกด้วย

ข้อ ๖ ค่าจ้างและการจ่ายเงิน

๖.๑ สำนักงานฯ ตกลงจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลฯ เป็นค่าตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแทนผู้ประกันตนโดยวิธีการเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๘๐๘ บาท (หนึ่งพันแปดร้อยแปดบาท) ต่อผู้ประกันตน ๑ (หนึ่ง) คน ภายในระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่สำนักงานฯ ได้แจ้งแก่สถานพยาบาลฯ

นอกจากค่าจ้างตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานฯ จะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลฯ ที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง หรือตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ที่ออกตามพระราชบัญญัติประกันสังคมกำหนด

ในกรณีที่กำหนดระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์ไม่ครบ ๑ (หนึ่ง) ปี ตามวรรคหนึ่ง สำนักงานฯ จะจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลฯ โดยลดค่าจ้างลงตามส่วน

๖.๒ ค่าจ้างซึ่งสำนักงานฯ จ่ายให้แก่สถานพยาบาลฯ ตามข้อ ๖.๑ นั้น เป็นการจ่ายเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

(๑) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
(๒) ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
(๓) ค่าบำบัดทางการแพทย์และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ
(๔) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
(๕) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
(๖) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
(๗) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

๖.๓ เพื่อให้การจ่ายค่าจ้างตามข้อ ๖.๑ วรรคหนึ่งถูกต้องและใกล้เคียงกับจำนวนผู้ประกันตน สำนักงานฯ จะจ่ายค่าจ้างในเบื้องต้นแก่สถานพยาบาลฯ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่าจำนวนเงินที่คำนวณได้จากร้อยละ ๗๕ (เจ็ดสิบห้า) ของจำนวนผู้ประกันตนดังกล่าวในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานฯ จะจ่ายให้ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ภายหลังจากที่สำนักงานฯ ได้จ่ายเงินค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลฯ ในแต่ละเดือนตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานฯ และสถานพยาบาลฯ จะทำการคิดคำนวณค่าจ้างซึ่งสถานพยาบาลฯ พึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายค่าจ้างโดยใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ย ซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ โดยสำนักงานฯ จะต้องจ่ายเงินค่าจ้างที่เพิ่มขึ้นให้กับสถานพยาบาลฯ ให้ครบถ้วน และหากสำนักงานฯ ได้จ่ายเงินค่าจ้างให้กับสถานพยาบาลฯ ไปเกินกว่าจำนวนเงินค่าจ้างซึ่งสถานพยาบาลฯ จะได้รับอย่างแท้จริงภายหลังจากการคิดคำนวณดังกล่าวแล้ว สถานพยาบาลฯ จะต้องคืนเงินส่วนเกินให้แก่สำนักงานฯ

ในการจ่ายเงินเพิ่มและการคืนเงินส่วนเกินดังกล่าว คู่สัญญาจะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสามเดือนนับแต่เดือนที่มีการจ่ายค่าจ้าง

สถานพยาบาลฯ จะต้องไม่โอนสิทธิประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องใด ๆ ตามสัญญานี้ให้แก่บุคคลอื่น

ข้อ ๗ กำหนดระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์

๗.๑ สถานพยาบาลฯ จะต้องเริ่มให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๑ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

สถานพยาบาลฯ จะบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดระยะเวลาปฏิบัติตามสัญญาดังกล่าวในวรรคหนึ่งไม่ได้ เว้นแต่จะได้รับความยินยอมและเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สำนักงานฯ กำหนด

๗.๒ ในกรณีผู้ประกันตนได้เข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลฯ ภายในระยะเวลาที่สัญญานี้ยังมีผลบังคับใช้ แต่เมื่อครบอายุสัญญาตามข้อ ๗.๑ วรรคหนึ่งแล้วการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนยังไม่สิ้นสุดการรักษา สถานพยาบาลฯ ยังคงต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนต่อไปจนสิ้นสุดการรักษา

การวินิจฉัยว่าการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนได้สิ้นสุดแล้วหรือไม่ แพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลฯ จะต้องใช้ความรู้และวิจารณญาณตามหลักวิชาการทางการแพทย์ในการวินิจฉัยอย่างเต็มความสามารถ เช่นเดียวกันกับที่สถานพยาบาลฯ ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่คนไข้ หรือผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่นซึ่งได้เข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลฯ นั้น

การที่สถานพยาบาลฯ ยังคงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษาดังกล่าวไม่เป็นเหตุให้สถานพยาบาลฯ จะอ้างสิทธิใด ๆ ในการต่ออายุสัญญานี้ หรือเพื่อให้สำนักงานฯ เข้าทำสัญญาเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลฯ ต่อไปแต่ประการใด

ข้อ ๘ ความรับผิดในความบกพร่อง

๘.๑ หากสถานพยาบาลฯ มิได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในกำหนดเวลาตามข้อ ๗.๑ หรือมีเหตุทำให้สำนักงานฯ เชื่อได้ว่าสถานพยาบาลฯ ไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามสัญญานี้ได้หรือถ้าทำแล้วอาจจะทำไม่ได้ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้ในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายสัญญาหรือมิได้ทำการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์ หรือเกิดความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของสถานพยาบาลฯ จากการใช้สิ่งของหรือเวชภัณฑ์หรือครุภัณฑ์

ไม่ได้มาตรฐาน หรือแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลฯ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความประมาทเลินเล่อ หรือเกิดขึ้นเพราะเหตุสุดวิสัยอันมิใช่ความผิดของสำนักงานฯ ให้ถือว่าสถานพยาบาลฯ ผิดสัญญา ทั้งนี้สถานพยาบาลฯ จะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเองทั้งหมด โดยจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายหรือค่าทดแทนใด ๆ ทั้งสิ้นจากสำนักงานฯ

ความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของสถานพยาบาลฯ ตามวรรคหนึ่ง ให้หมายความรวมถึงเงินที่สำนักงานฯ ได้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา ๖๓ (๗) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ อีกด้วย

ในกรณีที่มีข้อโต้แย้งระหว่างคู่สัญญาเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลฯ สถานพยาบาลฯ ตกลงยินยอมให้สำนักงานฯ ส่งข้อโต้แย้งดังกล่าวให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา และเมื่อคณะกรรมการการแพทย์มีมติเช่นใดแล้วให้ถือเป็นเด็ดขาดและถึงที่สุดผูกพันคู่สัญญา

ในการส่งข้อโต้แย้งตามวรรคสามให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา สถานพยาบาลฯ จะต้องนำส่งเอกสารหลักฐานการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนตามที่ระบุไว้ในข้อ ๔.๖ แก่สำนักงานฯ ภายในระยะเวลาที่สำนักงานฯ กำหนดเพื่อให้คณะกรรมการการแพทย์ใช้ประกอบการพิจารณาด้วย

๘.๒ สำนักงานฯ ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ อันเกิดขึ้นกับคนงาน หรือพนักงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลฯ ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญานี้ทุกประการ

๘.๓ ในกรณีที่สำนักงานฯ พบว่า สถานพยาบาลฯ ไม่มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์หรือมีแต่ไม่ได้มาตรฐานตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายสัญญานี้ เมื่อสำนักงานฯ แจ้งให้สถานพยาบาลฯ ทราบ สถานพยาบาลฯ ต้องจัดให้มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ตามที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายสัญญานี้ภายในกำหนดเวลาที่สำนักงานฯ แจ้งให้ทราบ

๘.๔ ในกรณีสถานพยาบาลฯ มิได้ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนตามข้อ ๔.๙ เป็นเหตุให้สถานพยาบาลฯ ไม่มีรายชื่อผู้ประกันตน สถานพยาบาลฯ จะต้องรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานฯ กำหนดให้กับสถานพยาบาลฯ และเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒ และหากปรากฏว่าผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลฯ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้ทดรองจ่าย รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายอันพึงมีให้แก่ผู้ประกันตน อีกทั้งให้สำนักงานฯ มีสิทธิระงับการจ่ายค่าจ้าง และ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ จนกว่าสถานพยาบาลฯ จะได้มีการดำเนินการตามข้อ ๔.๙ หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้แก่ผู้ประกันตนหรือชดใช้ค่าเสียหายให้

๘.๕ ในกรณีที่สำนักงานฯ ได้สนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ หรือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลฯ เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หากยา เวชภัณฑ์ หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์เกิดความเสียหาย หรือสูญหาย อันเนื่องมาจากความผิดหรือความบกพร่องของสถานพยาบาลฯ หรือเหตุสุดวิสัยหรือเกิดจากพฤติการณ์อันหนึ่งอันใดที่มิใช่ความผิดของสำนักงานฯ สถานพยาบาลฯ ต้องรับผิดชอบในความเสียหาย หรือสูญหายที่เกิดขึ้น และต้องชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นแก่สำนักงานฯ

ข้อ ๙ การตรวจงานจ้าง

๙.๑ ถ้าสำนักงานฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบสถานพยาบาลฯ หรือบริการต่าง ๆ ที่สถานพยาบาลฯ ได้จัดให้แก่ผู้ประกันตนในระหว่างที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับให้คณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีสิทธิที่จะเข้าไปตรวจ

การปฏิบัติงาน ยา เวชภัณฑ์ครุภัณฑ์ หรือเอกสารในสถานพยาบาลฯ ได้ทุกเวลา โดยสถานพยาบาลฯ จะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ตามวรรคหนึ่งมีสิทธิที่จะสั่งให้สถานพยาบาลฯ แก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญานี้ได้ภายในระยะเวลาที่สำนักงานฯ กำหนด

การที่มีกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดังกล่าวหาทำให้สถานพยาบาลฯ พ้นความรับผิดชอบตามสัญญานี้ข้อหนึ่งข้อใดไม่

๙.๒ สำนักงานฯ จะตรวจสอบข้อมูลการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔.๖ วรรคหนึ่ง โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนทั้งหมดหรือด้วยวิธีสุ่มก็ได้

ในกรณีการตรวจสอบข้อมูลตามวรรคหนึ่งโดยวิธีสุ่ม สำนักงานฯ จะตรวจสอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น แต่ต้องไม่น้อยกว่า ๓๐ (สามสิบ) ฉบับของจำนวนเวชระเบียนที่มีอยู่ และให้ถือว่าข้อมูลการตรวจสอบดังกล่าวเป็นข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในขณะนั้น

ข้อ ๑๐ การรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์

๑๐.๑ สถานพยาบาลฯ จะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนด้วยตนเอง หากสถานพยาบาลฯ มีความจำเป็นต้องให้สถานพยาบาลอื่นรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใด สถานพยาบาลฯ จะต้องได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากสำนักงานฯ ก่อน แต่ทั้งนี้การรับช่วงการให้บริการดังกล่าวต้องมีความมุ่งหมายเพื่อให้ประโยชน์ต่อผู้ประกันตน และเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการและการรักษาพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

ในกรณีตามวรรคหนึ่ง สถานพยาบาลฯ ยังคงต้องรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนต่อไป

หากสถานพยาบาลฯ ไม่ปฏิบัติตามวรรคหนึ่ง สำนักงานฯ มีสิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓ หรือระงับการจ่ายเงินตามข้อ ๖.๓ ไว้ก่อน และ/หรือปรับตามข้อ ๑๔.๑ จนกว่าสถานพยาบาลฯ จะได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญา

๑๐.๒ กรณีสถานพยาบาลฯ มีคู่สัญญาเป็นสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า (Supra Contractor) หรือสถานพยาบาลในระดับรอง (Sub Contractor) สถานพยาบาลฯ ต้องแจ้งชื่อสถานที่ตั้ง จำนวนเตียงผู้ป่วย (ถ้ามี) เวลาทำการและจัดส่งสำเนาสัญญาหรือข้อตกลงของสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรองทุกแห่ง ให้แก่สำนักงานฯ เพื่อขอความเห็นชอบจากสำนักงานฯ

ตราบที่ยังไม่ได้รับความเห็นชอบเป็นหนังสือจากสำนักงานฯ ในการเป็นสถานพยาบาลในระดับสูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรอง ห้ามมิให้สถานพยาบาลฯ ประชาสัมพันธ์ชื่อหรือเงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือนายจ้างทราบ ไม่ว่าระหว่างอายุสัญญานี้หรือภายหลังจากที่สัญญานี้สิ้นสุดลงแล้ว

สถานพยาบาลในระดับรองควรจะมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ในการตรวจสอบข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนตามข้อ ๔.๙ และจะต้องแสดงเครื่องหมายการเป็นสถานพยาบาลในระดับรองของสถานพยาบาลฯ ตามสัญญานี้ในที่ซึ่งเห็นได้ชัดเจน

๑๐.๓ การที่สถานพยาบาลฯ มีสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรอง เพื่อประโยชน์และเป็นการอำนวยความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน สถานพยาบาลฯ จึงต้องควบคุมและดำเนินการให้สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า และ/หรือสถานพยาบาล

ในระดับรองให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามเงื่อนไขที่กำหนดในสัญญานี้อย่างเคร่งครัด และสถานพยาบาลฯ จะยกเลิกหรือเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า และ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองที่แจ้งไว้ตามข้อ ๑๐.๒ โดยไม่ได้รับความเห็นชอบเป็นหนังสือจากสำนักงานฯ ก่อนมิได้

กรณีที่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามสัญญาหรือก่อให้เกิดความเสียหายอย่างใด ๆ ขึ้นแก่ผู้ประกันตนหรือสำนักงานฯ ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม หรือเป็นเพราะความประมาทเลินเล่อหรือมิได้ทำการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาทางการแพทย์ของแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลดังกล่าว หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน หรือสถานพยาบาลดังกล่าวปิด หรือหยุดกิจการ หรือไม่ยอมให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ฯลฯ อันมิใช่ความผิดของผู้ประกันตนหรือสำนักงานฯ ให้สถานพยาบาลฯ รับผิดชอบในบรรดาการกระทำหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าวนี้เสมือนเป็นการกระทำของสถานพยาบาลฯ เอง นอกเหนือจากที่สถานพยาบาลฯ จะต้องรับผิดชอบตามสัญญานี้แล้ว ยังถือว่าสถานพยาบาลฯ เป็นผู้ผิดสัญญาและสำนักงานฯ มีสิทธิปรับตามข้อ ๑๔ อีกด้วย

ข้อ ๑๑ การจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลฯ จะต้องจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรอง ที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑๐ ตามอัตราและกำหนดเวลาที่สถานพยาบาลฯ ได้ตกลงหรือทำสัญญากำหนดไว้กับสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรองดังกล่าว

ถ้าสถานพยาบาลฯ ไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองตามวรรคแรก สำนักงานฯ มีสิทธิที่จะระงับการจ่ายเงินในงวดต่อไปตามจำนวนเงินที่สถานพยาบาลฯ ค้างชำระดังกล่าวไว้ก่อนจนกว่าสถานพยาบาลฯ จะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เป็นที่ยุติหรือจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ค้างชำระให้แก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองครบถ้วนถูกต้องแล้ว

ข้อ ๑๒ สิทธิในการนำเงินค่าจ้างหรือค่าบริการทางการแพทย์จ่ายให้กับผู้อื่นที่มิใช่สถานพยาบาลฯ

ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้สถานพยาบาลฯ เป็นผู้รับผิดชอบความเสียหายตามข้อ ๘.๑ วรรคแรก หรือค่าเสียหายเบื้องต้นที่สำนักงานฯ ได้ติดตามทวงถามแล้วตามข้อ ๘.๑ วรรคสอง และสถานพยาบาลฯ เพิกเฉย หรือไม่ดำเนินการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเสียหายให้แก่ผู้ประกันตนตามข้อ ๘.๔ หรือสถานพยาบาลฯ ไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๑๑ ให้สำนักงานฯ มีสิทธิที่จะนำเงินค่าจ้าง และ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ที่สถานพยาบาลฯ มีสิทธิได้รับตามสัญญานี้ไปจ่ายให้แก่บุคคลผู้ได้รับความเสียหาย หรือผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์หรือคืนให้แก่สำนักงานฯ แล้วแต่กรณีก็ได้ และให้ถือว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นค่าจ้างหรือค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานฯ ได้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลฯ ในการปฏิบัติตามสัญญานี้ด้วย โดยการดำเนินการดังกล่าวสถานพยาบาลฯ ไม่มีสิทธิจะเรียกร้องใด ๆ กับสำนักงานฯ

ข้อ ๑๓ การบอกเลิกสัญญาและสิทธิภายหลังการบอกเลิกสัญญา

๑๓.๑ หากสถานพยาบาลฯ ผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือละทิ้งงาน หรือถูกสั่งปิดสถานพยาบาล หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินกิจการสถานพยาบาล หรือตกเป็นผู้ล้มละลาย หรือความปรากฏแก่สำนักงานฯ ว่าข้อมูลที่สถานพยาบาลฯ ได้จัดส่งตามข้อ ๔.๖ ให้แก่สำนักงานฯ ดังกล่าวนั้นเป็นเท็จหรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการตรวจสอบตามข้อ ๙ ไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม ให้สำนักงานฯ มีสิทธิบอกเลิกสัญญา

ในกรณีที่สำนักงานฯ ได้ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่งอันเนื่องมาจากข้อมูลที่สถานพยาบาลฯ ที่ได้จัดส่งตามข้อ ๔.๖ ให้แก่สำนักงานฯ นั้นเป็นเท็จ สำนักงานฯ จะไม่พิจารณารับสถานพยาบาลฯ เข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในปีถัดจากปีที่สถานพยาบาลฯ มีหน้าที่จะต้องให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑ เป็นระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี

ในระหว่างที่สำนักงานฯ ยังไม่ได้บอกเลิกสัญญานั้น หากสำนักงานฯ เห็นว่าสถานพยาบาลฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาต่อไปได้ สำนักงานฯ มีสิทธิบอกเลิกสัญญาและใช้สิทธิตามข้อ ๑๓.๒ ก็ได้

การที่สำนักงานฯ ไม่ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาดังกล่าวข้างต้น ไม่เป็นเหตุให้สถานพยาบาลฯ พ้นจากความรับผิดตามสัญญา

๑๓.๒ ในกรณีสำนักงานฯ ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓.๑ สำนักงานฯ มีสิทธิ ดังนี้

(๑) ริบหลักประกันหรือเรียกร้องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ เป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้แล้วแต่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร

(๒) เรียกเอาเงินค่าจ้างจากสถานพยาบาลฯ คืนได้ และมีสิทธิระงับการจ่ายค่าจ้างในงวดต่อไปได้

(๓) เรียกค่าปรับเป็นเงินเดือนละเท่ากับร้อยละ ๗๕ (เจ็ดสิบห้า) ของค่าจ้างที่สำนักงานฯ จะต้องจ่ายให้ในแต่ละเดือนตามข้อ ๖.๓ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร ทั้งนี้สำนักงานฯ มีสิทธิหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานฯ ยังมีหน้าที่จ่ายให้สถานพยาบาลฯ และ/หรือจะเรียกร้องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ ก็ได้

(๔) เรียกร้องค่าเสียหายอันพึงมีจากสถานพยาบาลฯ โดยมีสิทธิหักเอาจากค่าจ้าง และ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖

ข้อ ๑๔ ค่าปรับ

ในกรณีที่สำนักงานฯ ยังไม่ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓.๑ สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกร้องเอาค่าปรับเป็นเงิน ดังนี้

๑๔.๑ กรณีสถานพยาบาลฯ ผิดสัญญาหรือไม่สามารถทำการตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกร้องเอาค่าปรับเป็นเงิน เดือนละเท่ากับร้อยละ ๗๕ (เจ็ดสิบห้า) ของค่าจ้างที่สำนักงานฯ จะต้องจ่ายให้ในแต่ละเดือนตามข้อ ๖.๓ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร จนกว่าสถานพยาบาลฯ จะได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญาหรือตามคำสั่งตรวจการจ้างตามข้อ ๙ โดยสำนักงานฯ มิพักต้องบอกสงวนสิทธิในการเรียกค่าปรับดังกล่าวในเวลารับชำระหนี้ตามสัญญานี้ก็ได้

๑๔.๒ กรณีสำนักงานฯ ตรวจสอบข้อมูลตามข้อ ๔.๖ หรือเวชระเบียนตามข้อ ๙.๒ พบว่าการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯ กำหนด เป็นเหตุให้สถานพยาบาลฯ ได้รับเงินค่าจ้างเกินกว่าจำนวนเงินที่พึงจะได้รับจริง สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์คืนตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายสัญญา หมายเลข ๖ แนบท้ายสัญญานี้ ทั้งนี้หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบและเห็นว่าการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวเกิดจากความจงใจของสถานพยาบาลฯ เมื่อสำนักงานฯ ได้ดำเนินคดีอาญาและศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นความผิดทางอาญา สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกค่าปรับอีกไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลฯ เรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการครั้งนั้น

๑๔.๓ ในกรณีที่สำนักงานฯ มีการบริหารจัดการยาให้กับสถานพยาบาลฯ เพื่อให้สถานพยาบาลฯ ให้บริการแก่ผู้ประกันตน หากสำนักงานฯ พบว่าสถานพยาบาลฯ เบิกจ่ายยาไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯ กำหนด สำนักงานฯ จะแจ้งให้สถานพยาบาลฯ คืนค่ายาดังกล่าวเป็นเงินตามมูลค่ายา ณ วันที่แจ้งภายใน ๓๐ (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลฯ ได้รับหนังสือ หากสถานพยาบาลฯ ไม่คืนเงินภายในกำหนดเวลาดังกล่าว สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกค่าปรับเป็นรายวันไม่เกินร้อยละ ๑๕ (สิบห้า) ของมูลค่ายาดังกล่าว นับจากวันที่ครบกำหนดเวลาที่ต้องจ่ายเงินคืนจนถึงวันที่สถานพยาบาลฯ จ่ายเงินคืน

ค่าปรับตามข้อ ๑๔.๑ ถึงข้อ ๑๔.๓ สำนักงานฯ มีสิทธิหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานฯ จะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลฯ ในแต่ละเดือนตามข้อ ๖ และ/หรือจะเรียกร้องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ ก็ได้

ข้อ ๑๕ เงื่อนไขอื่น ๆ

๑๕.๑ ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยและมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากทางอื่นนอกเหนือจากสัญญานี้ โดยมีบุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางการแพทย์แทนผู้ประกันตนไม่ว่าสิทธิที่จะได้รับนั้นจะเกิดจากสัญญา การละเมิด หรือเพราะเหตุอื่นใดก็ตาม ผู้ประกันตนจะเลือกใช้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ในทางใดก็ได้ ถ้าผู้ประกันตนขอใช้สิทธิจากทางอื่นนอกเหนือจากที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สถานพยาบาลฯ จะต้องให้ผู้ประกันตนแสดงความจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และจะเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้ประกันตนมิได้และหากผู้ประกันตนเลือกใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้ประกันตน สถานพยาบาลฯ ต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามสัญญานี้ โดยจะกำหนดเงื่อนไขใด ๆ แก่ผู้ประกันตนมิได้

ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบภัยจากรถและมีสิทธิที่จะได้รับค่าเสียหายอันได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในฐานะ “ผู้ประสบภัย” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้สถานพยาบาลฯ เรียกเก็บเงินค่าเสียหายดังกล่าวเท่าที่จ่ายจริงแทนผู้ประกันตนในฐานะผู้ประสบภัยเมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ประกันตนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนตามจำนวนที่ผู้ประกันตนมีสิทธิจะได้รับหรือจากเจ้าของรถหรือบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แล้วแต่กรณี ตามหลักเกณฑ์วิธีการและอัตราที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ รวมทั้งกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องโดยจะเรียกเก็บจากผู้ประกันตนมิได้และสถานพยาบาลฯ ยังคงมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓.๑ ต่อไป แม้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่าสิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับตามพระราชบัญญัติดังกล่าวก็ตาม

๑๕.๒ ในกรณีที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีอุบัติเหตุจากสถานพยาบาลอื่น นอกเหนือจากสถานพยาบาลฯ ที่ผู้ประกันตนมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ และมีความจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามความเห็นของแพทย์ของสถานพยาบาลอื่นนั้น เมื่อสถานพยาบาลฯ ได้รับแจ้งเป็นหลักฐาน ไม่ว่าด้วยวิธีใดจากผู้ประกันตน นายจ้างของผู้ประกันตน สำนักงานฯ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา หรือบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตน ให้ถือว่าบรรดาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในสัญญาที่จะเกิดขึ้นนับแต่วันที่สถานพยาบาลฯ ได้รับแจ้งครั้งแรก รวมทั้งค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลอื่นนั้น ๆ เป็นค่าใช้จ่ายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลฯ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายสัญญานี้

นอกจากค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลฯ จะต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่งแล้วสถานพยาบาลฯ ต้องรับผิดชอบจ่ายค่าให้บริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ หรือจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีที่ผู้ประกันตนได้ทดรองจ่ายค่ารับบริการทางการแพทย์ไปก่อน ภายในกำหนด ๓๐ (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลดังกล่าวหรือจากผู้ประกันตน แล้วแต่กรณี โดยสถานพยาบาลฯ จะต้องไม่บังคับหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้ผู้ประกันตนลงลายมือชื่อในเอกสารใด ๆ ที่เป็นการสละสิทธิการรับประโยชน์ทดแทนในฐานะผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

๑๕.๓ ในกรณีที่สถานพยาบาลฯ มีหนี้ค้างชำระแก่เจ้าหนี้ตามข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ หรือผู้ประกันตนอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนอยู่ก่อนหรือในวันที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับ ให้สำนักงานฯ มีสิทธิที่จะระงับการจ่ายเงินค่าจ้างไว้ก่อน หรือนำเงินค่าจ้างและ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ไปจ่ายให้แก่เจ้าหนี้ หรือผู้ประกันตนได้ และให้ถือว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นเงินค่าจ้างที่สำนักงานฯ ได้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลฯ ในการปฏิบัติตามสัญญานี้ด้วย หรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันเป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้ แล้วแต่สำนักงานฯ จะเห็นสมควรจนกว่าสถานพยาบาลฯ จะดำเนินการชำระหนี้ที่ค้างชำระนั้นจนเสร็จสิ้น

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ ..... สำนักงานฯ
( )

ลงชื่อ ..... สถานพยาบาลฯ
( )

ลงชื่อ ..... พยาน
( )

ลงชื่อ ..... พยาน
( )

แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการ
ตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

เพื่อให้การดำเนินการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติเป็นไปภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน สำนักงานประกันสังคม จึงขอยกเลิกแนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งมีผลใช้บังคับวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ และใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กรณีสถานพยาบาลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

๑.๑ ให้สถานพยาบาลจัดส่งเวชระเบียนผู้ป่วย เอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย เช่น ใบสั่งยา หลักฐานการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เป็นต้น ให้ครบถ้วนพร้อมสำเนาแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (File scan) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เพื่อการตรวจสอบ ในกรณีที่ปรากฏผลการตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์แล้ว ให้ถือว่าการตรวจสอบแล้วเสร็จในครั้งนั้น การส่งเอกสารและหลักฐานเพิ่มเติมภายหลังของสถานพยาบาลไม่สามารถกระทำได้

๑.๒ สำนักงานประกันสังคมจะตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑.๑ โดยเรียกตรวจเวชระเบียนด้วยวิธีสุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละสิบ (๑๐%) ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น หรือสุ่มเวชระเบียนไม่ต่ำกว่าสามสิบ (๓๐) ฉบับ เพื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น

ทั้งนี้ การตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ สำนักงานประกันสังคมจะตรวจด้วยวิธีตามวรรคหนึ่ง หรือตามจำนวนข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งรายงานก็ได้

๑.๓ กรณีสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบข้อมูลตามข้อ ๑.๒ พบว่าการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เป็นเหตุให้สถานพยาบาลได้รับเงินเกินกว่าจำนวนเงินจริง อันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริงคืนจากสถานพยาบาล ตามเงื่อนไข ดังนี้

๑) กรณีตรวจสอบข้อมูลบริการทางการแพทย์พบว่าผลการตรวจสอบข้อมูลมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละสิบห้า (๑๕%) ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินในส่วนที่เกินคืนได้ทันที พร้อมตักเตือนสถานพยาบาล หรือหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๒) กรณีตรวจสอบข้อมูลบริการทางการแพทย์พบว่าผลการตรวจสอบข้อมูลมีความผิดพลาดเกินกว่าร้อยละสิบห้า (๑๕%) ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินในส่วนที่เกินคืนได้ทันที และเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์คืนจากสถานพยาบาลตามร้อยละที่ตรวจพบว่าไม่ถูกต้องจากจำนวนเงินที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น พร้อมทั้งตักเตือนสถานพยาบาล หรือหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๑.๔ กรณีตามข้อ ๑.๓ หากสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบแล้วพบว่าเกิดจากความจงใจของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินคืนในอัตราตามข้อ ๑.๓ และเมื่อสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินคดีทางอาญาและศาลมีคำพิพากษาเป็นที่สุด สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิเรียกค่าปรับอีกไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการครั้งนั้นอีกด้วย

ข้อ ๒ กรณีที่สำนักงานประกันสังคมมีการบริหารจัดการยาให้กับสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลให้บริการแก่ผู้ประกันตน หากสถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายยาไม่ถูกต้อง เช่น

๒.๑ การสั่งใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของประกาศคณะกรรมการการแพทย์หรือประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

๒.๒ บันทึกการเบิกยาไม่ตรงกับความเป็นจริง เบิกยาเกินจำเป็นหรือนำไปใช้กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ประกันตน

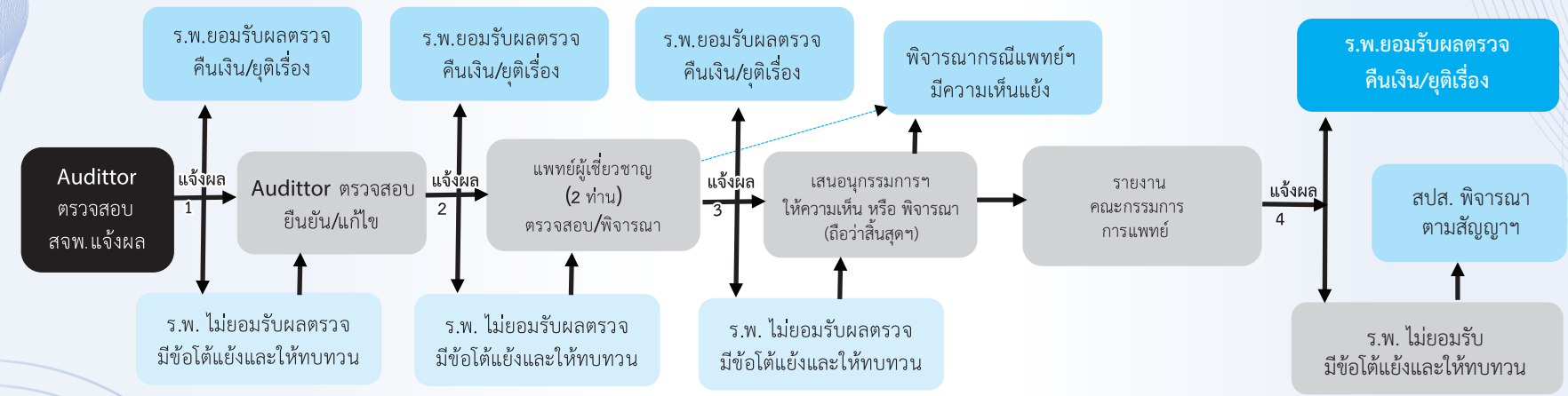
๒.๓ สถานพยาบาลขาดการตรวจสอบยาจนทำให้ยาหมดอายุ

สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้สถานพยาบาลรับผิดชอบค่ายาดังกล่าวเป็นเงินตามมูลค่ายา ณ วันที่แจ้ง หากสถานพยาบาลไม่คืนเงินภายในกำหนด สำนักงานประกันสังคมจะคิดค่าปรับไม่เกินร้อยละสิบห้า (๑๕%) เพิ่มเติมจากมูลค่ายานับจากวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้จ่ายเงินคืนจนถึงวันที่สถานพยาบาลจ่ายเงินคืน

ข้อ ๓ ภายใต้บังคับแห่งสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ การพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นไม่เป็นการตัดสิทธิสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ รวมถึงการสงวนสิทธิที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ นี้

ทั้งนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาและทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียน ในการให้บริการทางแพทย์ของสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง AdjRW≥2



เอกสารที่เกี่ยวข้อง

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)



พระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๔๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕

เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้า ฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

.....

หมวด ๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๔ .....

มาตรา ๒๕ .....

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(๒) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๖

(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(๘) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(๙) .....

หมวด ๕

หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๔๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ แล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน ตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

หมวด ๗

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา ๕๘ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๕๗ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษา และบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(๓) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๕๙ ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา ๕๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้เลขาธิการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่มีผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

(๒) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืนและในกรณีที่ไม่มีการปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา ๕๘ (๒) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๖๐ ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(๒) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๑ ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๒ เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๑ ผลเป็นประการใดแล้ว ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อทราบ

หมวด ๙
บทกำหนดโทษ

มาตรา ๖๓ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๒ มาตรา ๕๒ มาตรา ๕๔ หรือมาตรา ๕๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๔ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๕ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

.....

ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อให้การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๑) และมาตรา ๑๙ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑
วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบข้อมูล ดังต่อไปนี้

(๑) การตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit)

(๒) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)

(๓) การตรวจสอบข้อมูลด้านคุณภาพการให้บริการ (Quality of care audit)

(๔) การตรวจสอบข้อมูลด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๕ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบด้วยวิธีหนึ่งวิธีใด ดังต่อไปนี้

(๑) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Coding audit)

(๒) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ (Billing audit)

(๓) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข (Quality of care audit)

(๔) การตรวจสอบด้วยวิธีอื่น (Other audit) เช่น Telephone audit หรือโปรแกรม OCR เป็นต้น

ข้อ ๗ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

สำหรับกรณีการให้บริการสาธารณสุขที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการสาธารณสุข เมื่อหน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานแล้ว ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการก่อนการให้บริการสาธารณสุขด้วย

ข้อ ๘ เมื่อสำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ หรือการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit) แล้วเสร็จ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผลการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำปีงบประมาณนั้น ๆ

ข้อ ๙ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานอาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบในระดับจังหวัด ระดับเขตพื้นที่ หรือระดับสำนักงานเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือมอบให้องค์กรวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ เพื่อประกอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ สำนักงานอาจให้ส่วนงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ร่วมตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit) ด้วยก็ได้

ข้อ ๑๑ แนวทาง วิธีปฏิบัติ และระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๒
การดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินควรแก่กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(๒) ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ

(๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำผิด

(๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

(๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ ๑๓ ในกรณีหน่วยบริการใดได้รับการสนับสนุนเป็นยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำไปให้บริการสาธารณสุข ในภายหลังหากสำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จโดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) เรียกเงินคืนเท่ากับมูลค่าของยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(๒) แจ้งให้หน่วยบริการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามสิทธิ โดยไม่สามารถเบิกจ่ายจากสำนักงานเพิ่มเติมแทนการเรียกคืนเป็นเงิน

(๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำผิด

(๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

(๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวนไม่เกิน ๗ คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา ทำหน้าที่พิจารณาเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข และการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อพิสูจน์ว่าเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการ หรือการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ นั้น เป็นเท็จหรือไม่

ข้อ ๑๕ นอกจากการดำเนินการตามข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ แล้ว ในกรณีที่หน่วยบริการใดได้ทำสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขกับสำนักงาน ให้สำนักงานดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดในสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขดังกล่าวด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖
ชลน่าน ศรีแก้ว
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทาง วิธีปฏิบัติ และระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๖) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๑๑ แห่งระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“เอกสารหลักฐาน” หมายความว่า บรรดาเอกสาร เวชระเบียน วัตถุ หรือข้อมูลหรือหลักฐานทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ให้หมายความถึงข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่อยู่ในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ด้วย

“ระบบตรวจสอบ” หมายความว่า ขั้นตอนการปฏิบัติงานของสำนักงานในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะกระทำโดยการสอบถามทางโทรศัพท์ การตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐานบริการ การตรวจสอบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือการลงพื้นที่ตรวจสอบจากผู้รับบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

“ผู้ตรวจสอบ” หมายความว่า บุคคลที่สำนักงานมอบหมายให้มีหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ประกาศนี้มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อใช้เป็นวิธีปฏิบัติ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(๒) กำหนดแนวทางการจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการ และกำหนดระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

(๓) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานจากระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

การตรวจสอบตามวรรคหนึ่งสำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน หรือแนวทางอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการ สำนักงานจะถือว่าเอกสารหลักฐานที่ส่งให้สำนักงานภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนดเป็นเอกสารหลักฐานที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการตรวจสอบ เว้นแต่กรณีที่หน่วยบริการไม่อาจสรุปผลการให้บริการและส่งเอกสารหลักฐานนั้นให้สำนักงานภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นนั้นและส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวให้สำนักงานในภายหลัง

ความในวรรคหนึ่งให้ใช้บังคับกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานในกรณีที่มีการขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการด้วย

ข้อ ๘ กรณีหน่วยบริการไม่จัดส่งเอกสารหลักฐาน หรือจัดส่งเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด ให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่ายในเอกสารหลักฐานนั้น

กรณีที่หน่วยบริการมีความจำเป็นที่ไม่อาจส่งเอกสารหลักฐานให้สำนักงานได้ทันตามระยะเวลาที่กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นโดยมีผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ได้รับมอบอำนาจลงนามรับรองต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

หมวด ๒
วิธีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การตรวจเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการให้ดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขออนุมัติก่อนให้บริการ (Pre-Authorized) สำหรับบริการที่กำหนดให้ขออนุมัติก่อนการให้บริการ เช่น การผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) การผ่าตัดประสาทหูเทียม การผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้หน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่สำนักงานกำหนดก่อนการให้บริการ ตามวิธีที่สำนักงานกำหนดในแต่ละรายการบริการ

(๒) สำนักงานจัดส่งเอกสารหลักฐานให้ผู้ตรวจสอบพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ

(๓) สำนักงานแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบตามรอบการพิจารณาของแต่ละรายการบริการดังต่อไปนี้

(ก) กรณีผลการพิจารณา “อนุมัติ” สามารถให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมายังสำนักงานได้

(ข) กรณีผลการพิจารณา “ไม่อนุมัติ” จะไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เว้นแต่ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนั้นเป็นการเฉพาะ

ข้อ ๑๑ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre Audit) หากสำนักงานพบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามวิธีการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้หน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานภายใน ๑๐ วันทำการ นับแต่วันได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

(๒) สำนักงานหรือผู้ตรวจสอบจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการและแจ้งผลการตรวจสอบแก่หน่วยบริการภายใน ๑๐ วันทำการตามวิธีการ ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบว่าเป็นไปตามข้อมูลที่บันทึกในระบบการเบิกจ่าย สำนักงานจะพิจารณาอนุมัติและนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการประมวลผลการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานกำหนด

(ข) กรณีผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบว่าไม่เป็นไปตามข้อมูลที่บันทึกในระบบการเบิกจ่าย สำนักงานจะปฏิเสธการจ่ายพร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลการปฏิเสธการจ่ายในช่องทางที่กำหนด

(๓) กรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ภายใน ๑๐ วันทำการนับแต่วันได้รับแจ้งผลการตรวจสอบ โดยสำนักงานจะพิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการภายใน ๑๐ วันทำการ

ข้อ ๑๒ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย (Post Audit) หากสำนักงานพบความผิดปกติหลังจากสำนักงานได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการพบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ การพบข้อร้องเรียน การพบความผิดปกติของกระบวนการเบิกจ่ายจากการลงพื้นที่ การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ หรือกรณีอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) ให้หน่วยบริการดำเนินการตามกำหนดระยะเวลา

(ก) กรณีสำนักงานพื้นที่ตรวจสอบ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการเพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานก่อนการลงพื้นที่ตรวจสอบภายใน ๓ วันทำการนับแต่วันได้รับแจ้ง

(ข) กรณีสำนักงานเรียกเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการให้จัดส่งเอกสารหลักฐานส่งไปยังหน่วยงานหรือสถานที่ที่สำนักงานกำหนดภายใน ๑๕ วันทำการนับแต่วันที่รับแจ้ง

(ค) กรณีสำนักงานเรียกเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการให้จัดส่งเอกสารหลักฐานเข้าสู่ระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน ๓๐ วันทำการนับแต่วันได้รับแจ้ง

(๒) สำนักงานหรือผู้ตรวจสอบจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการและแจ้งผลการตรวจสอบแก่หน่วยบริการภายใน ๓๐ วันทำการนับแต่วันที่ได้รับเอกสารหลักฐานครบถ้วน

(๓) การดำเนินการเมื่อได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบจากสำนักงาน

(ก) กรณีหน่วยบริการเห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ ให้ถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบและยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขและประมวลผลข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามผลการตรวจสอบต่อไป

(ข) กรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๒ ครั้ง

๑) ครั้งที่ ๑ ขอทบทวนผลการตรวจสอบภายใน ๑๕ วันทำการนับแต่วันได้รับรายงานผลการตรวจสอบหรือตามวันที่กำหนด โดยสำนักงานจะเป็นผู้พิจารณาคำขอทบทวนหรืออาจมอบหมายให้ผู้ตรวจสอบดำเนินการแทน และแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบภายใน ๓๐ วันทำการนับแต่วันได้รับคำขอทบทวน

๒) ครั้งที่ ๒ ขอทบทวนผลการพิจารณาจากการทบทวนครั้งที่ ๑ ได้ภายใน ๑๕ วันทำการนับแต่วันได้รับทราบผลการขอทบทวนครั้งที่ ๑ หรือตามวันที่กำหนด โดยสำนักงานจะเป็นผู้พิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการภายใน ๓๐ วันทำการ

ข้อ ๑๓ การดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ สำนักงานอาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐาน หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ข้อ ๑๔ หากหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบตามระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ ๑๑ หรือข้อ ๑๒ โดยระบุเหตุผลความจำเป็น ให้หน่วยบริการทำหนังสือขอขยายระยะเวลาการขอทบทวนผลการตรวจสอบมายังสำนักงานภายใน ๗ วันก่อนครบกำหนด ทั้งนี้ ให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกิน ๑๕ วันทำการ หรือตามที่สำนักงานเห็นชอบ

ข้อ ๑๕ สำนักงานอาจขยายระยะเวลาในการตรวจสอบหรือการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบตามที่กำหนดในข้อ ๑๑ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณี ตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเอกสารที่ทำการตรวจสอบ

ข้อ ๑๖ กรณีหน่วยบริการไม่ดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด สำนักงานจะถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบและยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขและประมวลผลข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามผลการตรวจสอบที่ไม่ได้มีการขอทบทวนต่อไป

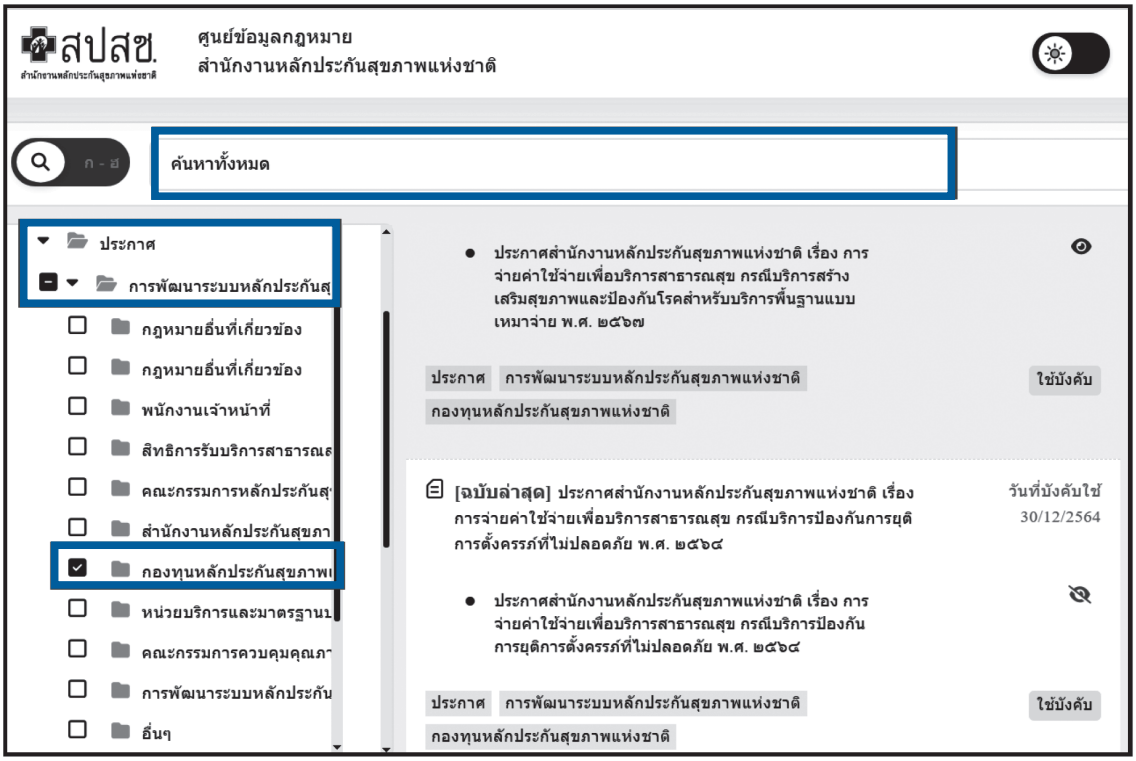
หมวด ๓
มาตรการในการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง

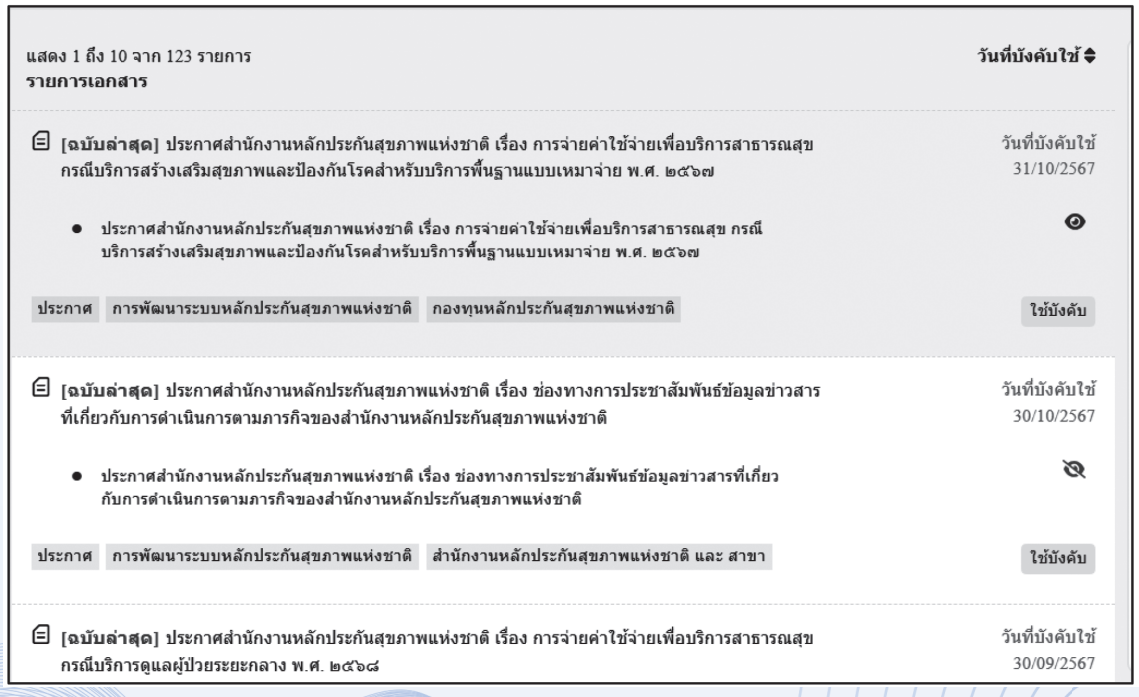
ข้อ ๑๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าเอกสารหลักฐานในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการไม่ถูกต้องหรือหน่วยบริการไม่ดำเนินการกรณีหนึ่งกรณีใดตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ สำนักงานมีอำนาจชะลอการจ่าย ระงับการจ่าย หรือเรียกเงินคืน แล้วแต่กรณี และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ หรือดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กฎระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สามารถสืบค้นประกาศ ดังกล่าวได้ที่ >> เว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : https://plaw.nhso.go.th/ และเลือกไปที่หัวข้อ : ประกาศ > การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเลือกดู “ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในแต่ละปีงบประมาณ





ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้อ้างอิงข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้อง
กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศที่มีประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง

ลำดับ	เรื่อง	ประกาศในราชกิจจานุเบกษา			
		เล่มที่	ตอนที่	หน้าที่	วัน/เดือน/ปีที่ลงประกาศ
1	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	เล่มที่ 119	ตอนที่ 116 ก	หน้า 1-28	18 พฤศจิกายน 2545
2	ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2566	เล่มที่ 140	ตอนพิเศษ 321 ง	หน้า 1-4	21 ธันวาคม 2566
3	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567	เล่มที่ 141	ตอนพิเศษ 276 ง	หน้า 27-31	4 ตุลาคม 2567
4	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560	เล่ม 134	ตอนพิเศษ 212 ง	หน้า 31-34	28 สิงหาคม 2560
5	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	-	-	-	31 กรกฎาคม 2560
6	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563	เล่ม 137	ตอนพิเศษ 77 ง	หน้า 44-45	2 เมษายน 2563
7	ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565	เล่มที่ 139	ตอนพิเศษ 255 ง	หน้า 24-25	27 ตุลาคม 2565
8	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2557	เล่มที่ 131	ตอนพิเศษ 76 ง	หน้า 24-26	3 เมษายน 2557

ลำดับ	เรื่อง	ประกาศในราชกิจจานุเบกษา			
		เล่มที่	ตอนที่	หน้าที่	วัน/เดือน/ปีที่ลงประกาศ
9	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีการให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว พ.ศ. 2560	-	-	-	4 มกราคม 2560
10	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561	เล่มที่ 135	ตอนพิเศษ 261 ง	หน้า 25-33	16 ตุลาคม 2561
11	แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ National Clearing House	-	-	-	-
12	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2567	เล่มที่ 141	ตอนพิเศษ 337 ง	หน้า 29-44	9 ธันวาคม 2567
13	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568	เล่มที่ 142	ตอนพิเศษ 377 ง	หน้า 21-26	1 ธันวาคม 2568
14	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2566	เล่มที่ 140	ตอนพิเศษ 134 ง	หน้า 31-36	8 มิถุนายน 2566
15	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. 2568	เล่มที่ 142	ตอนพิเศษ 72 ง	หน้า 11-12	17 กุมภาพันธ์ 2568
16	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2567	เล่มที่ 141	ตอนพิเศษ 304 ง	หน้า 24-42	8 พฤศจิกายน 2567

คณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๓๖๒๕ / ๒๕๖๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

โดยที่เป็นการสมควรแต่งตั้งคณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน เพื่อดำเนินการปรับปรุงคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ปี ๒๕๖๖ เพื่อให้การบริหารจัดการในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

๑. แต่งตั้งคณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ประกอบด้วย

๑.๑ รองศาสตราจารย์ พลโทวิชัย ประยูรวิวัฒน์	ที่ปรึกษา
๑.๒ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ที่ปรึกษา
๑.๓ นายสนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย	ประธานคณะทำงาน
๑.๔ นางกฤติยา ศรีประเสริฐ	รองประธานคณะทำงาน
๑.๕ พลตรีกนธีร์ สังขวาสี	คณะทำงาน
๑.๖ พลเรือตรีจตุรงค์ ตันติมงคลสุข	คณะทำงาน
๑.๗ นางสาวจีรวัชร์ เมธาภา	คณะทำงาน
๑.๘ นายณรงค์ จงอร่ามเรือง	คณะทำงาน
๑.๙ นายศุภศิลป์ จำปานาค	คณะทำงาน
๑.๑๐ นางสาวสาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์	คณะทำงาน
๑.๑๑ นายเสรี ศรีสันต์	คณะทำงาน
๑.๑๒ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	คณะทำงาน
๑.๑๓ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๑๔ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	คณะทำงาน
๑.๑๕ ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	คณะทำงาน
๑.๑๖ ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	คณะทำงาน

๑.๑๗ ประธานเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๘ ผู้แทนเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๙ ประธานชมรมโรงพยาบาลสถาบันกรมการแพทย์	คณะทำงาน
๑.๒๐ ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลสถาบันกรมการแพทย์	คณะทำงาน
๑.๒๑ ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	คณะทำงาน
๑.๒๒ ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	คณะทำงาน
๑.๒๓ ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๒๔ ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๒๕ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะทำงาน
๑.๒๖ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะทำงาน
๑.๒๗ นางสาวรัชนิศ พรวิภาวี	คณะทำงานและเลขานุการ
๑.๒๘ ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๙ นางภัทรา อเนกวิทยากิจ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๐ นางสาวเบญจมาศ วันหากิจ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๑ นางสาววรางคณา ประเวสไพรสนธิ์	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๒ นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.ให้คณะทำงานตาม ๑. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๒.๑ ปรับปรุงคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ฉบับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๒.๒ รายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรคสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

๒.๓ เผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ตาม ๒.๑ ให้แก่หน่วยบริการ สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อผู้ร่วมจัดทำแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุนปี 2569

คณะทำงานปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

1.	รองศาสตราจารย์ พลโทวิชัย ประยูรวิวัฒน์	ประธานคณะกรรมการพิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานฯ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ที่ปรึกษา
2.	นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ที่ปรึกษา
3.	นายสนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประธานคณะทำงาน
4.	นางกฤติยา ศรีประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รองประธานคณะทำงาน
5.	พลตรีกนธีร์ สังขวาสี	กรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
6.	พลเรือตรีจตุรงค์ ตันติมงคลสุข	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	คณะทำงาน
7.	นางสาวจีรวัชร์ เมธาภา	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก	คณะทำงาน
8.	นายณรงค์ จงอร่ามเรือง	ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย	คณะทำงาน
9.	นายศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี	คณะทำงาน
10.	นายเสรี ศรีสันต์		คณะทำงาน
11.	นางสาวสาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์	กรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
12.	นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	คณะทำงาน
13.	นายสมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร	ผู้แทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
14.	นายสิทธิชัย งามเกียรติขจร	ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
15.	นางสาวศศิภา จันทราภิรมย์	ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล กรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
16.	นางสาววนัสกา แก้วประจำ	ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม	คณะทำงาน
17.	นายปิติพงศ์ กิจรัตนะกุล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	คณะทำงาน
18.	นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	คณะทำงาน

19.	นายวีรวัต อุครานันท์	สถาบันโรคผิวหนัง	คณะทำงาน
20.	นางภาวิณี เอี่ยมจันทน์	โรงพยาบาลสระบุรี	คณะทำงาน
21.	นายสิทธิกร ลินลาวรรณ	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	คณะทำงาน
22.	นายปวิตร วณิชชานนท์	โรงพยาบาลละงู	คณะทำงาน
23.	นายสุรชัย คำภักดี	โรงพยาบาลบ้านฉาง	คณะทำงาน
24.	นายธนู ลอบันดิส	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะทำงาน
25.	อากาศโทศักดิ์สิทธิ์ ปั้นกระจ่าง	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	คณะทำงาน
26.	นางสาวรัชนิศ พรวิภาวี	ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงานและเลขานุการ
27.	นางสาวสมใจ อุดมพงศ์ลักขณา	ผู้แทน ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
28.	นางภัทรา อเนกวิทยากิจ	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
29.	นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
30.	นางสาวเบญจมาศ วันหากิจ	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
31.	นางสาววรางคณา ประเวสไพรสนธิ์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้แทนภาคีเครือข่าย

1.	นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ มัศยาอานนท์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
2.	แพทย์หญิงธีรนุช คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
3.	นายแพทย์บารมี บุญเลิศ	โรงพยาบาลลำพูน
4.	นายแพทย์สมเจตน์ ชัยเจริญ	โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
5.	นายแพทย์ภูวดล กิตติวัฒนาสาร	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
6.	แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลอุดรธานี
7.	นายแพทย์นิติพล นวลสาลี	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
8.	นายแพทย์สมบัติ สธนเสาวภาคย์	โรงพยาบาลตรัง
9.	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
10.	นายวิศรุต เจริญพันธ์	โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำพู
11.	นายอดิศร กิจจำรูญ	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมบัญชีกลาง

1. นางสาวนิรามัย ใช้เทียมวงศ์	สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
2. นางรัชดาภรณ์ รัศมี	สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
3. นางสาวณัฐนรี แสงวงษ์	สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
4. นายนัชชา ลุ่มนอก	กองสวัสดิการรักษาพยาบาล
5. นางสาวสิริกาญต์ ขาวดอกรัก	กองสวัสดิการรักษาพยาบาล

สำนักงานประกันสังคม

1. นางสาวณัฐชญา ภู่เงิน	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
2. นางสาวพรพรรณ เกษมสรวล	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
3. นางปริศนา จันทวงศ์	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
4. นางสาวณัฏฐ์กัญจน์ นาทันเลิศ	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. นายธวัชชัย เรืองโรจน์	ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม	ผู้ทรงคุณวุฒิ ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ
3. นางสาวจารุวรรณ สวาสดิ์กลิ่น	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ
4. นางสาวมาลีรัตน์ งามจิตต์เอื้อ	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ
5. นางปรียานุช ศรีวชิรวัฒน์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการ
6. นางอัญชลี หอมหวล	ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
7. นางภณิดา กลิ่นพิพัฒน์	ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210