

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รุ่นที่ ๕ โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ ถูกกำหนดไว้ ๒ แบบคือ

๕.๑.๑ ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๑.๒ ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก ๒๐ เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท หรือร้อยละ ๑ ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์ข้อ ๕.๑

๕.๓ จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณงบประมาณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

๕.๓.๑ ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการเรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว

๕.๓.๒ สูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss - (0.5×OLT)] ทั้งนี้ กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน ๐.๘

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยกรณีรายการที่เข้าเกณฑ์กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ หน่วยบริการต้องจัดส่งเอกสารหลักฐานเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่

๗.๑ เอกสารหลักฐานการให้บริการ เวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือ
แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๗.๒ เอกสารหลักฐานการให้บริการตามรายการที่แสดงในใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย
ในการให้บริการ เช่น รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการตรวจทางรังสี เป็นต้น

๗.๓ ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ข้อ ๘ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการ
ทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๘.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทาง
การพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการ
ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๘.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรค
และหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

๘.๓ ตรวจสอบพบระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay-LOS)
และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน (Leave day) ตามที่หน่วยบริการบันทึกผ่าน ระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูล
และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๘.๔ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่แสดงในใบแสดงรายการ
ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ