

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกเอกสารหมายเลข ๔ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้เอกสารหมายเลข ๕ แบบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ การให้บริการสาธารณสุขภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้ ให้ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

จตุจักร ธรรมอธารี

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๕ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ (ฉบับที่ ๒)
ลงวันที่ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

กรณีบริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี
ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) โรคผิบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) โรคฝีคันทสูตร (Fistula in ano) โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ และโรคไส้เลื่อนขาหนีบ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายใต้ย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลสงข์ สถาบันโรคผิวนัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพญาไท และเครือโรงพยาบาลเปาโล โดยแบ่งเป็น

๑.๒.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด

๑.๒.๒ หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

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

๒.๑.๑ การรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลันด้วยการผ่าตัด

(๑) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๙,๔๑๕ บาทต่อครั้ง

(๒) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๔๑๐ บาทต่อครั้ง

(๓) กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔,๔๑๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๒ การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI โดยการทำ Thrombectomy, Primary PCI จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ของกลุ่ม Endovascular procedure กลุ่ม PTCA with stent ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัดและหัตถการ

๒.๑.๓ การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI ด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ของกลุ่ม cerebrovascular disorders, Thrombolytics injection ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัด หรือหัตถการ

๒.๑.๔ การรักษาผู้ป่วยโรคฟีบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดงทวาร (Hemorrhoid) และโรคฝีคันชาสูตร (Fistula in ano) ด้วยการผ่าตัด

(๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๓๘๐ บาท ต่อครั้ง

(๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๔๑๕ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๕ การรักษานิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy)

(๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖,๘๕๕ บาทต่อครั้ง

(๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๗,๓๖๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๖ การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการผ่าตัด Herniorrhaphy และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic hernia)

(๑) กรณีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
(ก) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๙๖๕ บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕,๙๘๕ บาทต่อครั้ง

(๒) กรณีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปี
(ก) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๒๖๕ บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๕๔๕ บาทต่อครั้ง

๒.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) จ่ายในอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต

ทั้งนี้ กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Post-operative complication) ที่ต้องส่งมารักษาจังหน่ายบริการที่ผ่าตัด ถือเป็นกรณีส่งต่อไปรักษาจังหน่ายบริการที่มีศักยภาพ จ่ายเป็น admission ใหม่ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) อัตราจ่ายให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) mayang สำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกรอบ

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยอาจเป็นการเรียกตรวจสอบเอกสารก่อนหรือหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

๕.๑ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

๕.๑.๑ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๑.๒ เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒.๑ ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๑.๓ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๕.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือการดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

๖.๑.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

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

๖.๑.๓ พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งแพทย์ และการบริหารยา thrombolytic drugs ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs

๖.๑.๔ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และการดูแลรักษา ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการตามข้อ ๒.๑ ที่มีโรคร่วม โรคแทรก

๖.๑.๕ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัย โรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๖.๑.๖ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัส โรคและหัตถการ ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

๖.๒ สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง

๖.๒.๑ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๒.๒ ตรวจสอบรหัสโรคและหัวใจการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัวใจการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ บันทึกการทำหัวใจ (operative note) ในการผ่าตัด หรือการทำหัวใจ การให้ยา thrombolytic drugs การดูแลหลังการผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่อง ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๗.๓ ไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบ การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าในการสรุปเวชระเบียน ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

๗.๕ กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัวใจการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบ การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน ในการสรุปและให้รหัสโรคและหัวใจการ