

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑ ข้อ ๒๐.๓ ข้อ ๒๐.๕ ข้อ ๒๐.๖ ข้อ ๒๐.๗ ข้อ ๒๐.๘ ข้อ ๒๐.๑๐.๑ และข้อ ๒๐.๑๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการตามหมวด ๑

(๒) การให้บริการกรณีมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(๓) การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำตัวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วตามหมวด ๒

(๔) การให้บริการกรณีสำรองเตียงตามหมวด ๓

(๕) การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิดตามหมวด ๔

(๖) การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธิตามหมวด ๕

(๗) การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้านตามหมวด ๖

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำและบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงาน อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน ทั้งนี้หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(๒) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต จ่ายที่อัตราคงที่ ๘,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs with Global Budget

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปลเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปลเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปลและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ้วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้ว

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ้วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้ว ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อ ๑๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิ้วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้วตามข้อ ๑๖ ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละไม่เกิน ๖,๕๐๐ บาท จ่ายไม่เกินข้างละ ๔ ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

(๒) เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๖,๐๐๐ บาทต่อการสลายนิ้วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน โดยหน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ้วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ้วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิวรวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิว

(๒) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) หลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา หรือหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จ ในกรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย

ข้อ ๒๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิ่ว รวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิ่ว

(๒) พบเวชระเบียนที่บันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จำนวนครั้งต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชน เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ต้องพบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา ในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จจะต้องพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว มากกว่า ๓ ครั้ง และพบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ไม่พบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา

(ข) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วมากกว่า ๓ ครั้ง และไม่พบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จ

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓

การให้บริการกรณีสำรองเตียง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๕ การให้บริการกรณีสำรองเตียง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนดจึงมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกรณีสำรองเตียง ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต

(๒) การจ่ายเพิ่มในกรณีบริการใช้วัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๓) การขอรับค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยไปและกลับยังหน่วยบริการสำรองเตียงและหน่วยบริการประจำ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๓๑ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

ข้อ ๓๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๓๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๔

การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิด

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๔ การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิด ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด

(๒) เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ข้อ ๓๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการให้บริการกรณีเด็กแรกเกิดตามข้อ ๓๔ ให้เป็นไปตามกลุ่มเป้าหมายและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

(๒) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม และเด็กแรกเกิดที่ป่วยที่ได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

(๓) กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๖ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๖ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) หลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๒) เอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง

ข้อ ๔๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

(๓) พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งพบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง

ข้อ ๔๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- (๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้
- (๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน
- (๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ
- (๕) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง แต่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งไม่พบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย

หมวด ๕

การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๒ การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพญาไท และเครือโรงพยาบาลเปาโล โดยแบ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด

(ข) หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) โรคฝีบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) โรคฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) โรคนิวในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ หรือโรคไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อ ๔๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ต้องเป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจัดจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด (Fee schedule) ดังต่อไปนี้

(ก) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลันด้วยการผ่าตัด

๑) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘,๘๑๕ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน ที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๑๐ บาทต่อครั้ง

๓) กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔,๘๔๐ บาทต่อครั้ง

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

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

(ง) การรักษาผู้ป่วยโรคฝีบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) และโรคฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) ด้วยการผ่าตัด

๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๓๘๐ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๘๑๕ บาทต่อครั้ง

(จ) การรักษานิวในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอีกเสบด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy)

๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖,๘๕๕ บาท ต่อครั้ง

๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๗,๓๖๐ บาทต่อครั้ง

(ฉ) การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการผ่าตัด Hemiorrhaphy และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic hernia)

๑) กรณีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๑.๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๘๖๕ บาทต่อครั้ง

๑.๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕,๘๘๕ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปี

๒.๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๒๖๕ บาทต่อครั้ง

๒.๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๕๔๕ บาทต่อครั้ง

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) จ่ายในอัตรา ๘,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต

ทั้งนี้ กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Post-operative complication) ที่ต้องส่งมารักษา ยังหน่วยบริการที่ผ่าตัด ถือเป็นกรณีส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ จ่ายเป็น admission ใหม่ ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) อัตราจ่ายให้เป็นไปตามหมวด ๑ ของประกาศนี้

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๔ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๗ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยอาจเป็นการเรียกตรวจเอกสารก่อนหรือหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs
(ก) เอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ตามรายการที่กำหนดในข้อ ๔๓ (๑) ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

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

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือการดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

ข้อ ๔๘ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัยและให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

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

(ค) พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งแพทย์และการบริหารยา thrombolytic drugs ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs

(ง) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรกซ้อน และการดูแลรักษา ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการตามข้อ ๔๓ (๑) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน

(จ) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

(ฉ) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือดูแลต่อเนื่อง

(ก) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(ข) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๔๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

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

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ แล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

(๔) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารกล็อกอินในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

(๕) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๕๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๖

การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๑ การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระดับที่ ๑ และผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการกำกับ ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) ตามที่กรมการแพทย์กำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

ข้อ ๕๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้านตามข้อ ๕๑ ให้เป็นไปตามอัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีรับบริการภายในเขต จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาท ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน

(๒) กรณีรับบริการนอกเขต จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายอัตราคงที่ ๘,๖๐๐ บาท ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๓ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) เอกสารหลักฐานเวชระเบียน หลักฐานการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

(๒) เอกสารหลักฐานการทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

(๓) เอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งการรักษาการให้ยาเคมีบำบัดของแพทย์ และพบหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน ตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

(๔) เอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๕๗ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

(๒) พบเอกสารหลักฐานรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9) ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

(๓) พบเอกสารหลักฐานการทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

(๔) พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งการรักษาการให้ยาเคมีบำบัดของแพทย์ และพบหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

(๕) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ ชนิดการจำหน่าย (Discharge type) เป็น with approval ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(๖) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๕๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕๗

ข้อ ๕๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๖๐ การให้บริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสหัตถการ (ICD-9) และรหัสโรค (ICD-10)
กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน
(Home Chemotherapy for CA Colon)

ประเภทบริการ	รหัสหัตถการ (ICD-9)	รหัสโรคหลัก (ICD-10)
1. กรณีมาวาง Port	86.07 Insertion of totally implantable vascular access device [VAD] Totally implanted port	C180 Malignant neoplasm of colon, caecum C181 Malignant neoplasm of colon, appendix C182 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C183 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C184 Malignant neoplasm of colon, transverse colon
2. กรณีมารับยาเคมีบำบัด รหัสโรครอง (SDx) as Z511 Chemotherapy session for neoplasm	99.25 Injection or Infusion of Cancer chemotherapeutic substance	C185 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C186 Malignant neoplasm of colon, descending colon C187 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C188 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C189 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum