

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑๐.๖ และข้อ ๔๐.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง” หมายความว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน

ข้อ ๕ ให้เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

(๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

ข้อ ๗ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยในตามข้อ ๖ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเดีแอล น้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยในตามข้อ ๗ จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ ๖ จำนวนอัตราจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ซึ่งอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินที่ได้รับจัดสรรระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นด้วยอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ก่อนมีการปรับลดค่าแรง กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน

ข้อ ๙ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๖ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการในหน่วยบริการเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก หรือนอกหน่วยบริการ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเดีแอล น้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย

ข้อ ๑๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจาก (๑) สำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ หากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน โดยการให้บริการกายภาพบำบัดต้องไม่เกิน ๒๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง การให้บริการกิจกรรมบำบัดและการแก้ไขการพูดรวมกันไม่เกิน ๑๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกครั้งตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ยกเว้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยใน

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้ สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

(๓) ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ
สำหรับบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

รายการ	รายการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน
<p>๑. กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน</p>	<p>๑. พบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ให้บริการในกลุ่มโรคที่สำนักงานกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายและเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่</p> <p>๒. พบการวินิจฉัย หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยกลุ่มโรคที่สำนักงานกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมาย และประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู</p> <p>๓. เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน</p> <p>๔. ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)</p> <p>๕. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการประเมิน Barthel Score หรือ ADL ที่น้อยกว่า ๑๕ หรือค่า Barthel Score หรือ ADL เท่ากับหรือมากกว่า ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย</p> <p>๖. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการบริการฟื้นฟู</p>
<p>๒. กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก</p>	<p>๑. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่หลักฐานสนับสนุนและการวินิจฉัยกลุ่มโรคที่สำนักงานกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยและประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการประเมิน Barthel Score หรือ ADL ที่น้อยกว่า ๑๕ หรือค่า Barthel Score หรือ ADL เท่ากับหรือมากกว่า ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย</p> <p>๓. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามกิจกรรมที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หลักฐานการให้บริการดังกล่าวมีบันทึกสถานที่ของการให้บริการ รายละเอียดของกิจกรรม ระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละครั้ง และลงลายมือชื่อของบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการ ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการและช่วงเวลาให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด</p>