



Store

Mac

iPod + iTunes

iPhone

Downloads

Support



สำนักขานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# แนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2553



# 1. บทนำ

**หลัก**เกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ **2553**



## **1.** การให้รหัสโรคให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007 (ICD-10 ของ WHO ฉบับปี ค.ศ. 2007)**

## การจัดทำข้อมูล (ต่อ)

# 2. การให้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม หนังสือ International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification 2007 Classification of Procedures (ICD-9-CM ฉบับปี ค.ศ. 2007)

## การจัดทำข้อมูล (ต่อ)

- 3.** การนับจำนวน**วันนอน**โรงพยาบาล (LOS) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล(Admit) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้นรายที่มีประเภทการจำหน่าย (Discharge type) เป็นเสียชีวิต (Dead), ส่งต่อ (refer), หลบหนี (escape) และ ปฏิเสธการรักษา (against advice) ให้นับเป็นผู้ป่วยใน

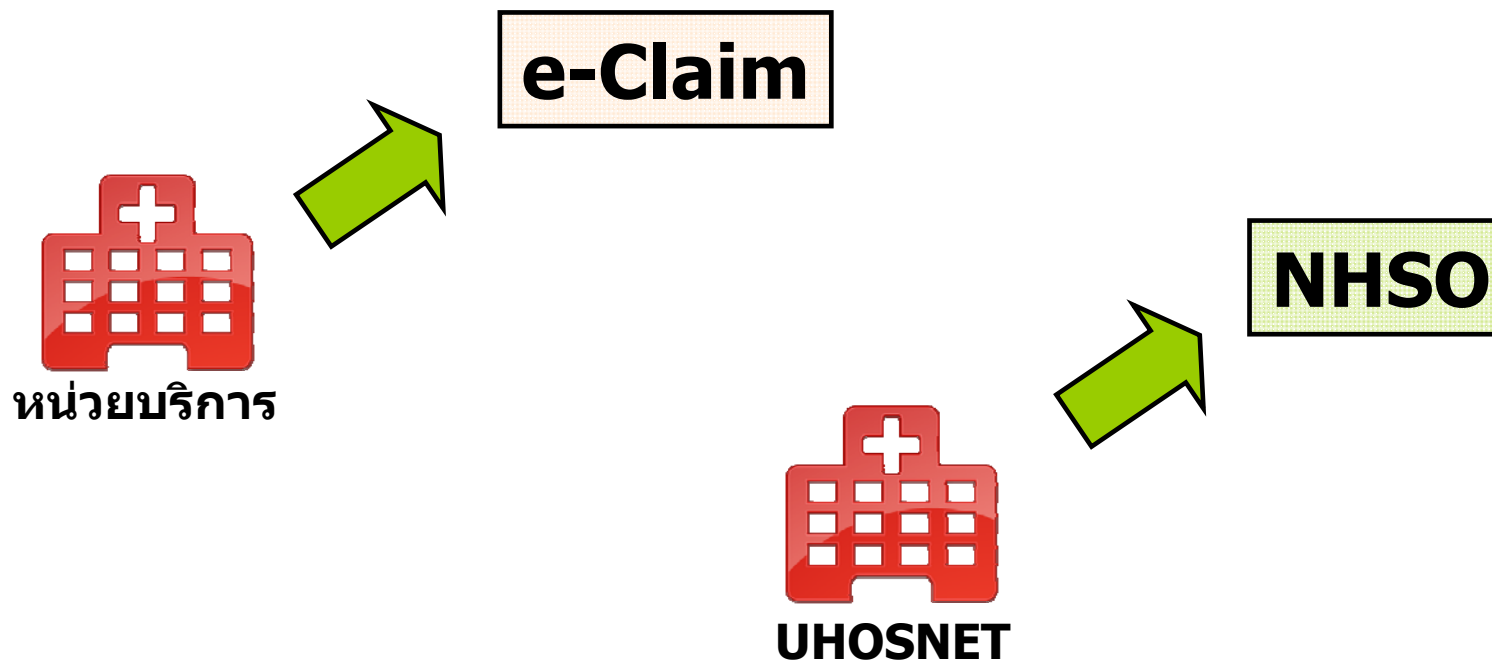
## การจัดทำข้อมูล (ต่อ)

- 4.** กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในหน่วยบริการ **เกิน24 ชั่วโมง** ถือว่าเป็นการลากลับบ้าน และจะต้องหักวันลา (Leave day) ในการ Admit ครั้งนั้น

## 4. การคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

**การ**คิดค่าใช้จ่าย ให้รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย  
ต้องชำระเองด้วย และให้หน่วยบริการจัดทำ  
ข้อมูลจำแนกเป็น 18 หมวดรายการตาม  
มาตรฐานหมวดรายการเรียกเก็บค่า  
รักษาพยาบาล ของ สปสช.

## 2. วิธีการส่งข้อมูล



กรณีที่ สปสช. ตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ จะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการนั้น และ สปสช. จะเรียกคืน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ



# ค่าเดือน

หากสนใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง

ปรับ **10** เท่า

ไม่เกิน **100,000** บาท



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย  
กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง  
พ.ศ. ๒๕๕๒

.....

โดยที่สมควรกำหนด หลักเกณฑ์การหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บ  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘(๔)และมาตรา ๒๖(๖) แห่ง  
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน

(๑) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน ให้สำนักงานแนะนำเพื่อให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานตามสิทธิที่หน่วยบริการพึงได้รับ

(๒) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยผิดพลาดอันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการ ให้สำนักงานเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที

(๓) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ไม่ว่าจะเป็นการสรุปโรคมากเกินไปหลักฐานในเวชระเบียน หรือสรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปกรณี ให้สำนักงานเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืนตาม(๒)

ข้อ ๗ ในการตรวจสอบของสำนักงานตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบในระดับจังหวัด หรือระดับเขตพื้นที่ หรือระดับสำนักงาน เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายได้ตามความเหมาะสม

ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นใดที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ก่อนก็ได้ ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๙ ภายในสามปีนับแต่วันที่ได้อำนาจหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการใดครั้ง  
หลังสุด ถ้าหน่วยบริการนั้นยังมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงซ้ำอีก ให้  
คณะกรรมการมีอำนาจหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นเสมือนค่าปรับได้อีกด้วย

การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นจำนวนเท่าใด ให้พิจารณาโดยคำนึงถึง  
ระดับความร้ายแรงหรือพฤติการณ์แห่งการกระทำในแต่ละครั้งเป็นเกณฑ์ แต่ต้องไม่  
เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น  
และไม่เกินหนึ่งแสนบาท

การเรียกเงินคืนหรือการหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจดำเนินการ  
ด้วยวิธีหักค่าใช้จ่ายจากเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงานก็ได้

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับคำสั่งให้คืนเงินตามข้อ ๖(๒) ให้มี  
สิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

หลักเกณฑ์ วิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง  
อนุโลมใช้ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดในมาตรา ๖๑ แห่งพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

### 3. ระยะเวลาในการส่งข้อมูล



ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลา

**30 วัน** นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอก

หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ( Discharge ) กรณีผู้ป่วยใน  
โดย สปสช. จะ กำหนดรอบบัญชีการตัดข้อมูลเป็นรายเดือน

# การนับว่าช้า

จะยึดตามเดือนส่งข้อมูล (PS)

## 4. ข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด



สปสช. จะลดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งข้อมูล  
เรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนดดังนี้

- 1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ **95**  
ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- 2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ **90**  
ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- 3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่าย ไม่เกิน ร้อยละ 80  
ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด และเป็นไปตามวงเงินที่จัด  
ไว้สำหรับข้อมูลส่งช้า ตามวงเงินที่เหลืออยู่ในลักษณะ  
*Global Budget*

เดือนที่ให้บริการ (OP)/ จำหน่าย (IP)	วันตัดยอด การส่งข้อมูล	งวดและวันออก STM											
		5210	5211	5212	5301	5302	5303	5304	5305	5306	5307	5308	5309
ต.ค.52	30 พ.ย.52	15 ธ.ค. 52	15 ม.ค. 53 <sup>1</sup>	15 ก.พ. 53 <sup>2</sup>	10 มี.ค. 53 <sup>3</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>3</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>3</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>3</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
พ.ย.52	30 ธ.ค.52		15 ม.ค. 53	15 ก.พ. 53 <sup>1</sup>	10 มี.ค. 53 <sup>2</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>2</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>2</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
ธ.ค.52	30 ม.ค.53			15 ก.พ. 53	10 มี.ค. 53 <sup>1</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>1</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>1</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>1</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>1</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>1</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>1</sup>
ม.ค.53	2 มี.ค.53				10 มี.ค. 53	20 เม.ย. 53 <sup>1</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>2</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
ก.พ.53	30 มี.ค.53					20 เม.ย. 53	14 พ.ค. 53 <sup>1</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
มี.ค.53	30 เม.ย.53						14 พ.ค. 53	10 มิ.ย. 53 <sup>1</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
เม.ย.53	30 พ.ค.53							10 มิ.ย. 53	13 ก.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
พ.ค.53	30 มิ.ย.53								13 ก.ค. 53	10 ส.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
มิ.ย.53	30 ก.ค.53									10 ส.ค. 53	10 ก.ย. 53 <sup>1</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
ก.ค.53	30 ส.ค.53										10 ก.ย. 53	12 ต.ค. 53 <sup>1</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
ส.ค.53	30 ก.ย.53											12 ต.ค. 53	10 พ.ย. 53 <sup>1</sup>
ก.ย.53	30 ต.ค.53												10 พ.ย. 53

หมายเหตุ

- 1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็น วันทำการถัดไป
- 2) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนดคือส่งภายในวันตัดยอดการส่งข้อมูล
- 3) หากหน่วยบริการต้องการแก้ไขข้อมูลที่ผ่าน A แล้ว ให้ดำเนินการภายในกำหนดวันตัดยอดข้อมูล หากจะแก้ไขข้อมูลหลังจากนั้น ให้ปฏิบัติตามวิธีการอุทธรณ์ข้อมูลหลังการจ่ายชดเชย
- 4) อัตราการจ่ายชดเชย **ส่งทันกำหนด** = จ่าย 100% , **ส่งช้า 1 เดือน<sup>1</sup>** = จ่าย 95% , **ส่งช้า 2 เดือน<sup>2</sup>** = จ่าย 90% , **ส่งช้าเกิน 2 เดือน<sup>3</sup>** = จ่าย ไม่เกิน 80%

Full Screen  
Close Full Screen





## 5. การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

**หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอก  
ก่อนการรับผู้ป่วยนั้นไว้เป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง  
ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเฉพาะประเภทผู้ป่วยในเท่านั้น  
เนื่องจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวนำมาคำนวณไว้ในระบบ  
DRG แล้ว**

**(อ้างอิงจากกรมบัญชีกลางหนังสือเลขที่กค.004222/ว 00188  
ลงวันที่ 21 พ.ค. 2551)**

## การปิดรับการแจ้งหนี้



- ข้อมูลให้บริการในปี **2553**  
สปสช. ปิดรับข้อมูลภายใน **360 วันหลังให้บริการ**  
หากส่งข้อมูลล่าช้ากว่าที่กำหนด ถือว่าไม่ประสงค์  
ขอเบิก
- ข้อมูลเดือนกันยายน 2553 ปิดรับข้อมูลภายใน  
**เดือนกันยายน 2554**

**ทั้งนี้ยกเว้น  
ข้อมูลมาตรฐาน 7  
กรณีเหตุสมควร  
(ART7RF)**

การบริหารกองทุนผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2553  
และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข

## กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด

- อัตราและวิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ  
บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์  
ตามที่คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับ  
จังหวัดกำหนด โดยหน่วยบริการประจำ/กองทุน  
สาขาจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

# กรณีส่งต่อ\_ผู้ป่วยนอก

- 1. การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายใน  
กองทุนสาขาจังหวัด**
- 2. การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่างกองทุน  
สาขาจังหวัด แต่อยู่ภายในกองทุนสาขาเขต**
- 3. การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่างกองทุน  
สาขาเขต**

## อัตราการเบิกจ่าย

- อัตราตามค่าใช้จ่ายจริงหรือตามที่ได้ทำ  
ความตกลงกัน
- การกำหนดราคากลางเพื่อใช้เบิกจ่าย ให้  
อ้างอิงราคาตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่  
กค. 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน  
2549

## วิธีการและหลักฐานประกอบ การขอรับค่าใช้จ่าย

- ส่งหลักฐานไปเรียกเก็บต้นสังกัดภายใน 30 วันหลังให้บริการ
- จ่ายเงินชดเชยภายใน 30 วันภายหลังรับใบแจ้งหนี้



# วิธีการและหลักฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย

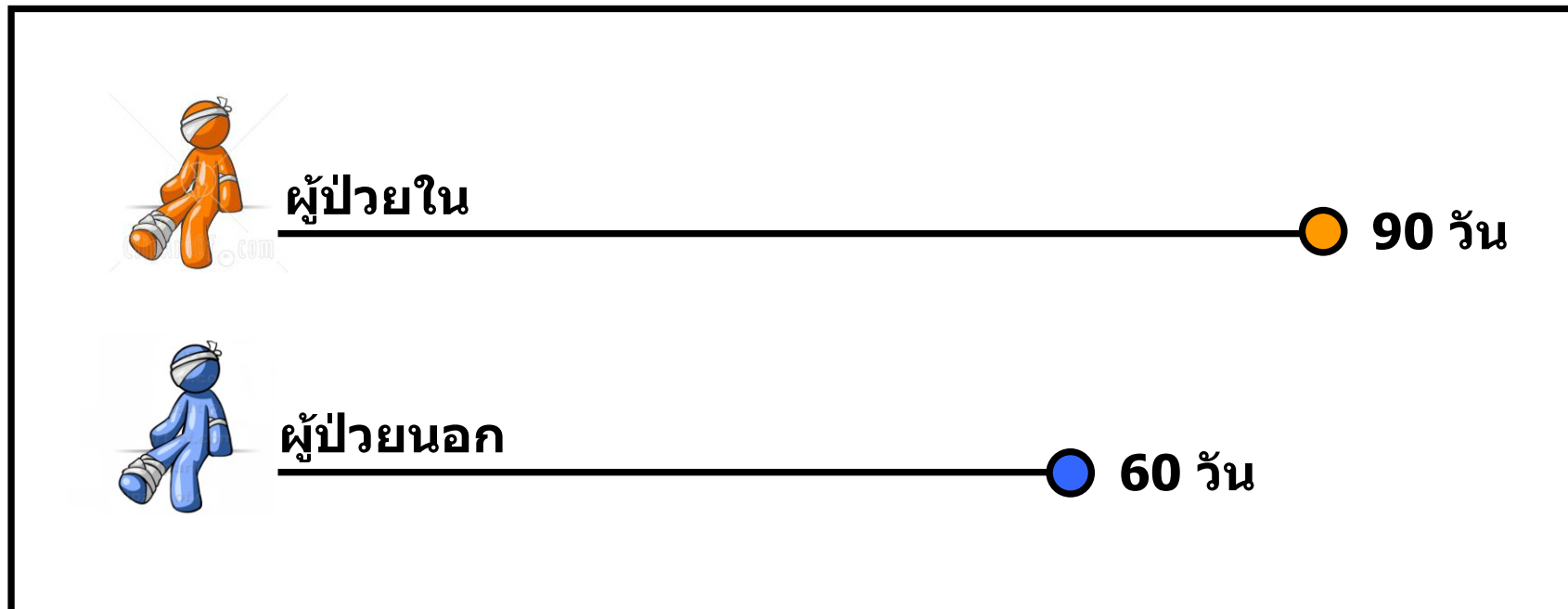
1. สำเนาใบส่งต่อ
2. แบบสรุปค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (นค.1)
3. รายละเอียดการให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ ถ้ามี เช่น ค่าบริการรังสีวิทยา\ตรวจวินิจฉัยอื่นๆ\ยาและเวชภัณฑ์\อื่นๆ

**3,000**



1. สำเนาใบส่งต่อ
2. แบบสรุปค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (นค.1)
3. รายงานการจ่ายชดเชยเฉพาะส่วนที่ถูกปฏิเสธ (ถ้ามี)

# การส่งตัวผู้ป่วย



การกำหนดระยะเวลาในการออกหนังสือส่งตัว  
หรือตามแผนการรักษา



## 2. การบริหาร**กองทุน**

การบริหารกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2553  
และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข

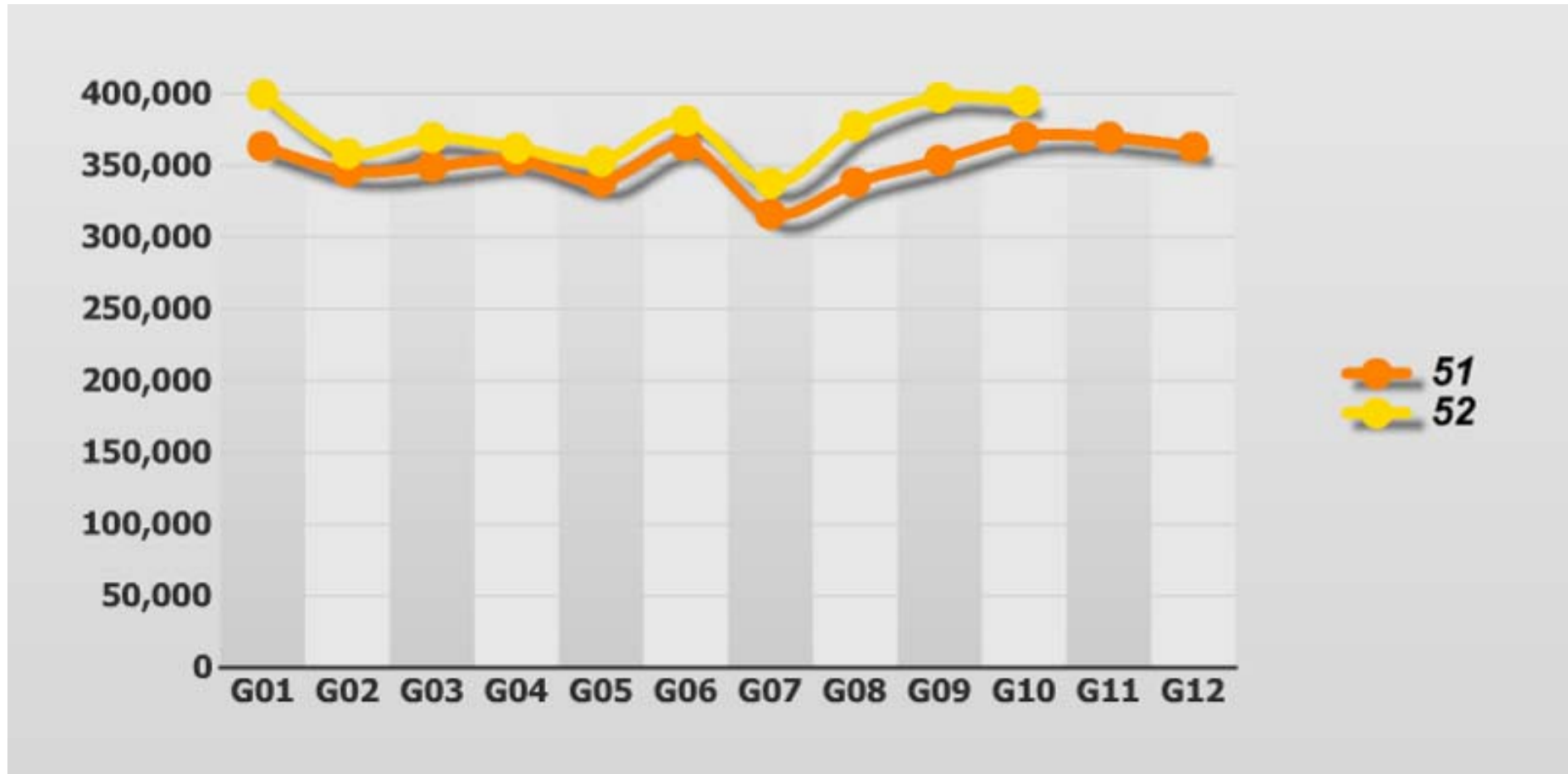
## กองทุนผู้ป่วยใน

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
1. เงินเหมาจ่ายรายหัว	2,202.00 บาท	2,401.33 บาท
2. จำนวนประชากร	47.026 ล้านคน	47.2397 ล้านคน
3. งบประมาณต่อหัวผู้ป่วย ใน* เพื่อเป็น Global budget	837.11 บาท	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5-8
- สาขา กทม.		904.78 บาท (8.0%)
- สาขานครราชสีมา		892.15 บาท (6.5%)
- สาขาอื่น ๆ		885.94 บาท (5.5%)
4. การบริหารกองทุน	กองทุนเดี่ยว ระดับประเทศ	กองทุนเดี่ยวระดับประเทศ ยกเว้น สาขาเขต 13 กรุงเทพ และสาขาเขต 9 นครราชสีมา

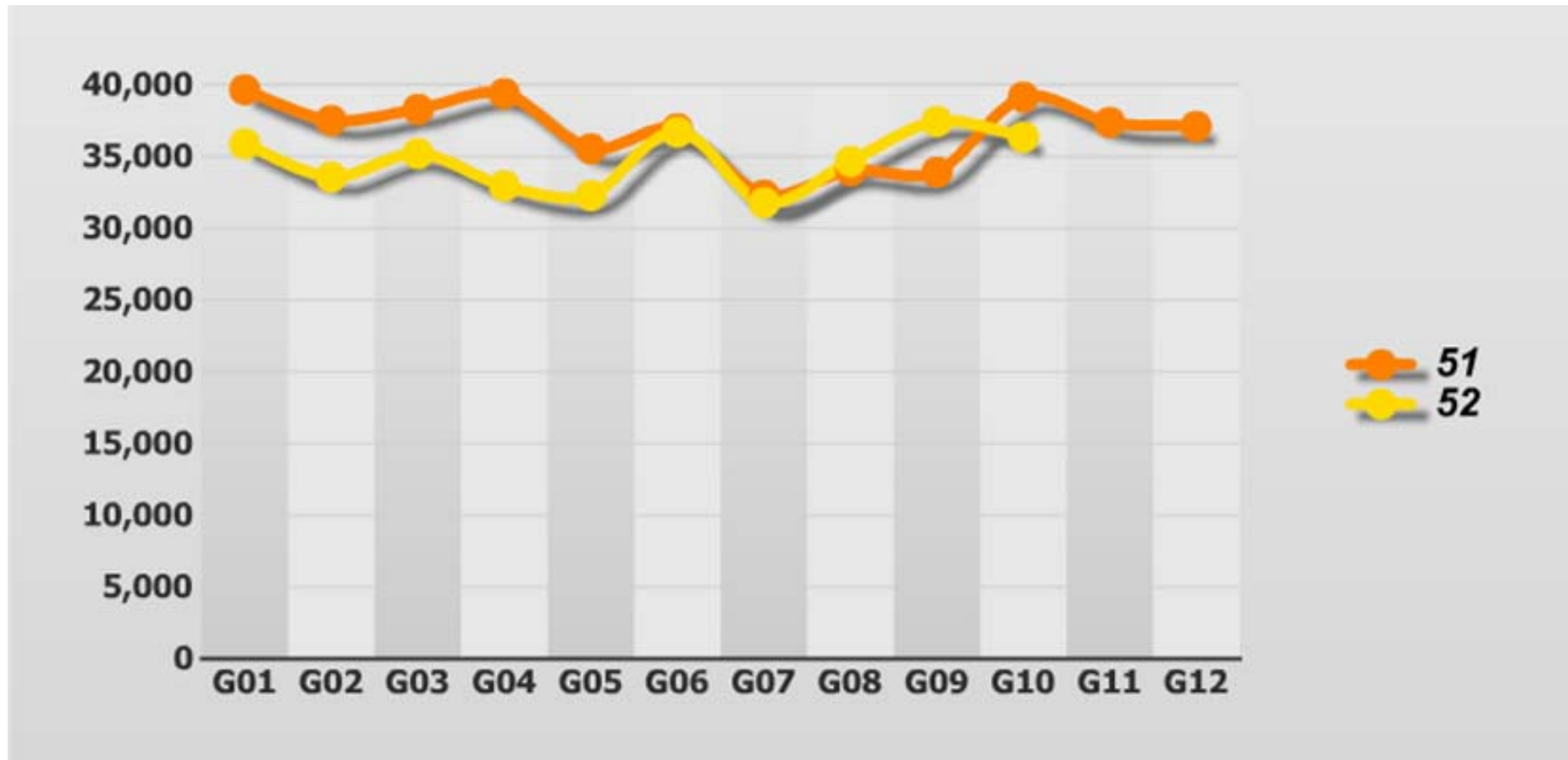
**หมายเหตุ** \*การคำนวณงบผู้ป่วยใน ปี 2553 เฉพาะเขต 9 และ 13 คำนวณตาม



# เปรียบเทียบผลรวม AdjRW ในเขต



# เปรียบเทียบผลรวม AdjRW ข้ามเขต



# กองทุนผู้ป่วยใน

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ระบบการจ่ายเงิน	DRG Weight Global budget โดยใช้ DRG Version 4	เหมือนปี 2552
อัตราการจ่ายชดเชย	อัตราจ่ายบริการในสาขาเขต ตามที่คำนวณได้รายเดือน	เหมือนปี 2552 ยกเว้นสาขาเขต 9 และ 13 สามารถกำหนดอัตราจ่ายได้โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข. (ได้เฉพาะในเขตเท่านั้น ข้ามเขตต้องใช้อัตรา 9,000 ตามมติบอร์ด)
	ประกันอัตราจ่ายบริการข้ามสาขาเขต 9,000 บาทต่อ 1 AdjRW	



ตารางที่ ๔ อัตราเฉลี่ยต่อหัวประชากรสำหรับการคำนวณ Global budget บริการผู้ป่วยในทั่วไป  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๓

กองทุนผู้ป่วยในย่อย	อัตราต่อหัวประชากรที่ใช้คำนวณ Global budget
เขต ๙ - นครราชสีมา	๘๙๒.๑๕ บาทต่อหัวประชากร
เขต ๑๓ - กรุงเทพมหานคร	๙๐๔.๗๘ บาทต่อหัวประชากร
กลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ	๘๘๓.๓๙ บาทต่อหัวประชากร

๒.๓.๓. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในย่อยของแต่ละกลุ่มให้หน่วยบริการตามการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ โดยกำหนดอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adjusted relative weight : adjRW) ดังนี้

**อ้างอิง หน้า 8  
ตามประกาศบอร์ด**

๑) สำหรับการให้บริการต่างเขต ให้มีการประกันอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ๙,๐๐๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับหน่วยบริการทุกระดับทุกกลุ่ม

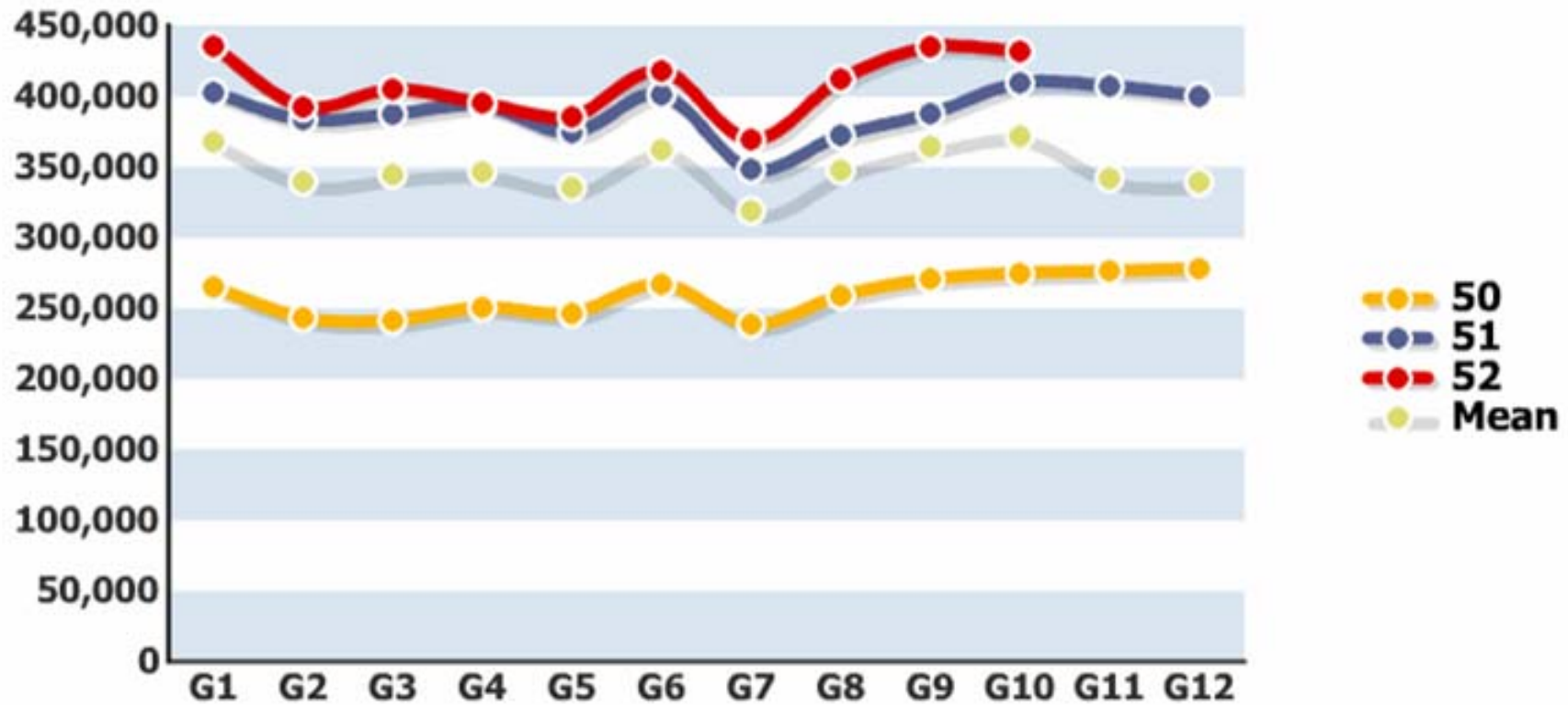
๒) สำหรับการให้บริการในเขต ให้อัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เป็นอัตราเดียวในแต่ละกองทุนผู้ป่วยในย่อย โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มนั้นๆ ยกเว้นเขตนารอง ๒ เขต ให้สามารถกำหนดอัตราจ่ายเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ โดยผ่านความเห็นชอบของ อสปข.

๒.๓.๔. ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกัน กรณีมีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่า ๒) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้ง

## กองทุนผู้ป่วยใน

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
การส่งข้อมูลเพื่อรับ ค่าใช้จ่าย	โปรแกรม E-Claim หรือ NHSO กรณี UHOSNET	เหมือนปี 2552
	กรณีอุทธรณ์ใช้โปรแกรม E-Appeal ประกอบ เอกสาร	กรณีอุทธรณ์ใช้ โปรแกรม E-Appeal ประกอบเอกสาร <b>บางรายการ</b>
ระยะเวลาในการส่ง ข้อมูล	30 วันหลังจำหน่าย	เหมือนปี 2552
การบริหารงบประมาณ	กันเงินสำหรับอุทธรณ์ และล่าช้าจำนวน 3%	เหมือนปี 2552
	แบ่งงบประมาณที่เหลือเป็น 12 เดือน (เท่าๆ กัน) และ คำนวณจ่ายรายเดือนตาม รอบการตัดข้อมูล	<b>แบ่งเงินเป็น 12เดือน ในจำนวนที่ไม่เท่ากัน ขึ้นกับปริมาณข้อมูล (Seasonal)</b>

# เปรียบเทียบผลรวม AdjRW ปีงบประมาณ 51-52



# กองทุนผู้ป่วยใน

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ระบบติดตามกำกับข้อมูล	ให้มีระบบเตือน กรณีที่มีการใช้บริการข้ามสาขา เขตที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) น้อยกว่า 2	ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบโดยทั่วกัน กรณีที่มีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้ง <b>น้อยกว่า 2</b> และ ข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ <b>0.5</b> เพื่อพัฒนาระบบบริการ

## อ้างอิง หน้า 8 ตามประกาศบอร์ด

แต่ละกองทุนผู้ป่วยในย่อย โดยขึ้นอยู่กับ Global budget กับจำนวนผลงานที่เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มนั้นๆ ยกเว้นเขตนาร่อง ๒ เขต ให้สามารถกำหนดอัตราค่าจ่ายเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาระบบบริการภายในเขตได้ โดยผ่านความเห็นชอบของ อสปข.

๒.๓.๔. ให้มีการเสนอข้อมูลให้ทราบทั่วกัน กรณีมีการใช้บริการข้ามเขตพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม (ที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่า ๒) และข้อมูลบริการผู้ป่วยที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อครั้งน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ เพื่อร่วมกันตรวจสอบและพัฒนาระบบการจัดบริการ

ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ e-claim เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRG รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี ๒๕๕๓

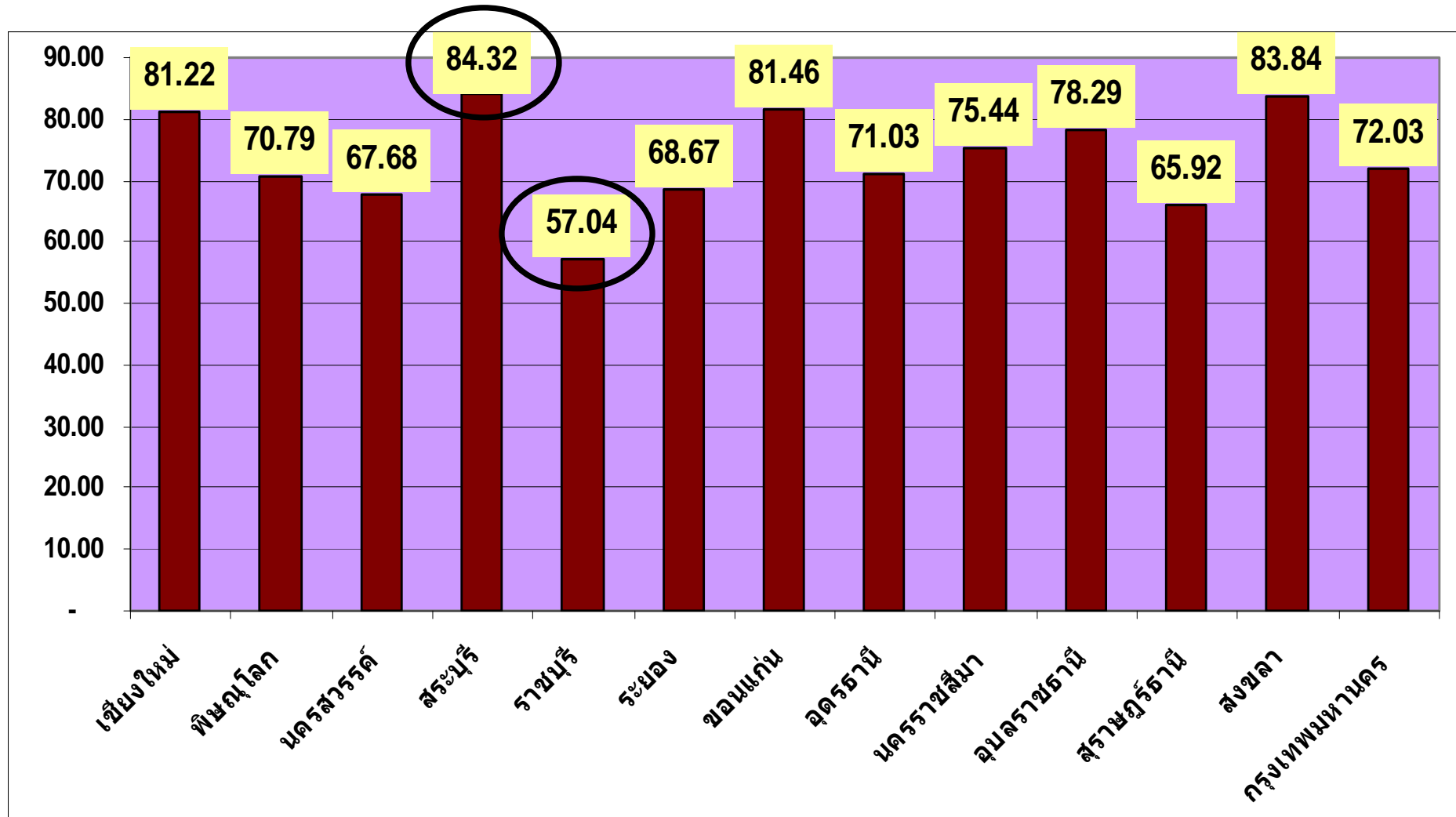
### ๒.๔. การจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วย

๒.๔.๑. สำหรับการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ให้หน่วยบริการที่ทำการรักษาพยาบาลเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง หรือในอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่าง

# สรุปการส่งต่อผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2552 (3 ไตรมาส)

รหัสเขต	สาขาเขต	ครั้งทั้งหมด	AdjRWทั้งหมด	ร้อยละของการส่งต่อ					
				RW $\geq$ 2		0.5 $\leq$ RW $<$ 2		RW $<$ 0.5	
				ร้อยละ	AdjRw	ครั้ง	AdjRw	ครั้ง	AdjRw
1	เชียงใหม่	5,990	8,237.5260	18.78	61.58	42.44	29.46	38.78	8.96
2	พิษณุโลก	12,785	22,649.4980	29.21	70.28	42.29	24.60	28.50	5.13
3	นครสวรรค์	16,082	31,367.6338	32.32	71.57	44.42	24.70	23.26	3.73
4	สระบุรี	17,992	33,669.7145	15.68	66.04	51.95	28.46	32.37	5.50
5	ราชบุรี	19,533	42,017.1573	42.96	79.07	37.29	17.97	19.75	2.96
6	ระยอง	16,906	33,670.8642	31.33	73.26	44.03	22.82	24.64	3.92
7	ขอนแก่น	13,147	17,413.5824	18.54	58.76	43.23	32.20	38.23	9.04
8	อุดรธานี	18,710	32,369.1560	28.97	71.46	39.73	22.81	31.30	5.74
9	นครราชสีมา	21,374	33,332.8050	24.56	66.64	41.00	26.38	34.44	6.98
10	อุบลราชธานี	11,896	17,438.5277	21.71	63.87	42.40	28.46	35.89	7.67
11	สุราษฎร์ธานี	10,992	21,515.0058	34.08	75.31	38.53	20.31	27.39	4.39
12	สงขลา	4,182	5,163.2698	16.16	59.03	39.81	29.96	44.02	11.02
13	กรุงเทพมหานคร	19,986	24,770.1522	27.97	60.53	40.32	31.45	31.70	8.01
รวม		189,575	323,614.8927	27.57	69.38	42.23	25.03	30.20	5.59

# แสดงการจำนวนครั้งส่งต่อ ที่มีค่าRW น้อยกว่า 2



# กองทุนผู้ป่วยใน

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ประเภทบริการ	ผู้ป่วยในทุกราย (รวมอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยใน) ยกเว้นสิทธิว่าง / เด็กแรกเกิดเบิกจากกอง AE	เหมือนปี 2552
ค่าพาหนะในการส่งต่อ	ค่ารถ 500บาท+ ระยะเวลาไปกลับ กม.ละ 4 บาท	ค่ารถ เหมือน ปี 2552
	ค่าเรือ ตามจริงไม่เกิน 5,000บาทต่อครั้ง	ปรับอัตราตามจริงไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้งที่ส่ง ขึ้นอยู่กับประเภทและระยะทางที่ส่งผู้ป่วย
	ค่าเฮลิคอปเตอร์ 40,000 บาทต่อครั้ง	ปรับอัตราตามจริงไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้งที่ส่ง



# ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยใน 2552

(จัดทำประกาศเสนอ เลขฯลงนาม โดยอั่งมตินอร์ด ยกเลิกประกาศเดิม)

## ค่ารถ



**500** บาท + ระยะทางไปกลับ  
กิโลเมตรละ 4 บาท)

## ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยใน 2553(ต่อ)

ระยะทางเริ่มต้นในการรับค่าใช้จ่ายคือ

- 1.** ระยะทางไป- กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร  
ให้ เบิกจ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท  
(รหัสการเบิก S1801)

## ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยใน 2553(ต่อ)

- 2.** หากระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตร  
ให้เบิกใน อัตรา 500 บาท  
บวกด้วยอัตราตามระยะทางไปกลับ  
กิโลเมตรละ 4 บาท  
(รหัสการเบิก **S1802**)

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ)	อัตราการจ่ายชดเชย	รหัสการบันทึก
5-15	เรือหางยาวเร็ว	1,200	S1803A
	เรือเร็ว	2,000	S1803B
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	5,000	S1803C
16-50	เรือหางยาวเร็ว	3,000	S1803D
	เรือเร็ว	5,000	S1803E
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803F
51-100	เรือหางยาวเร็ว	4,000	S1803G
	เรือเร็ว	10,000	S1803H
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803I
มากกว่า100	เรือเร็ว	35,000	S1803J
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	อัตราตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

หมายเหตุ : กรณีที่มีการใช้เรือไม่เป็นไปตามประเภทข้างต้น ให้อนุโลม  
ใช้ประเภทที่ใกล้เคียง และอัตรา ค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด



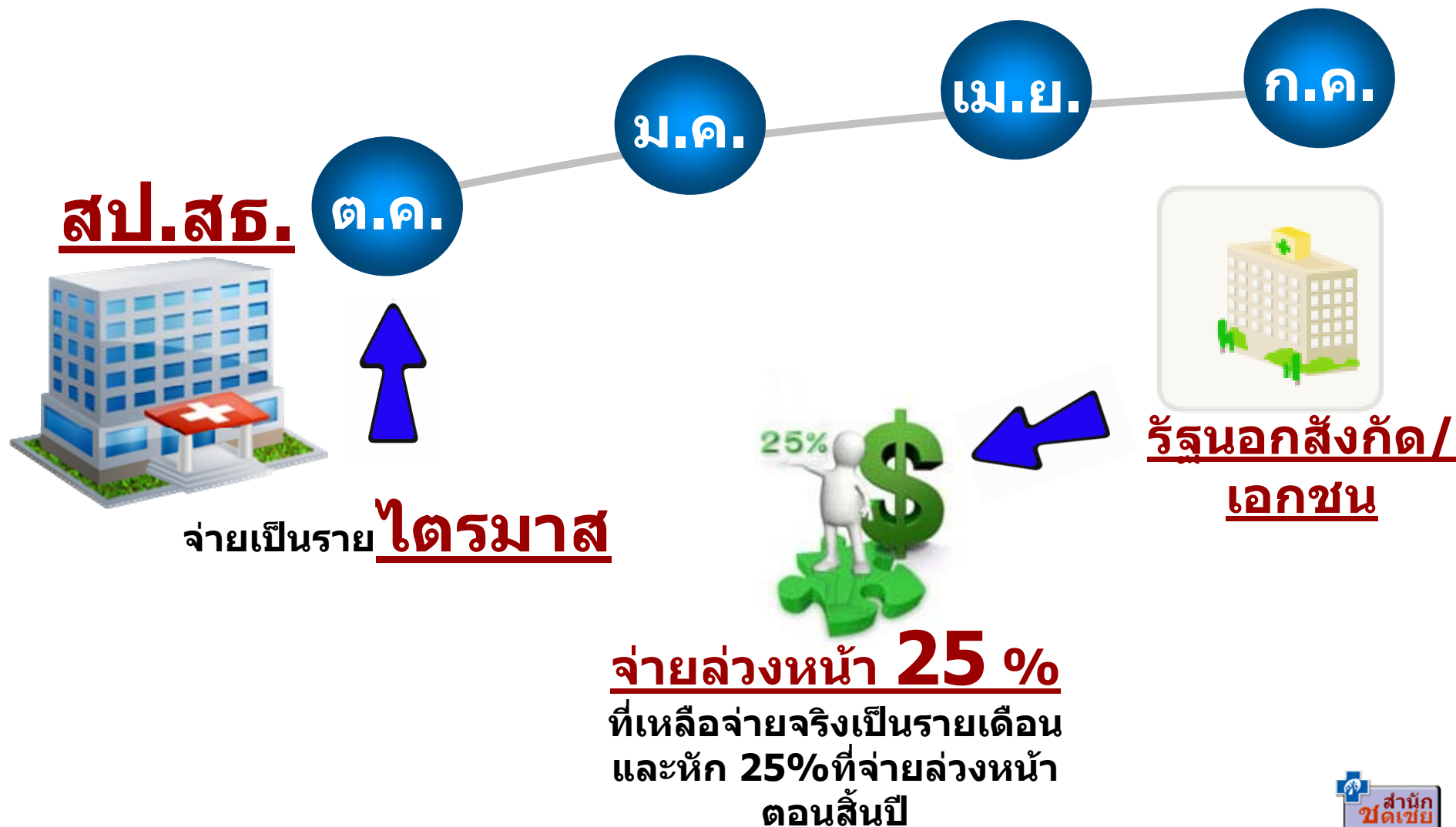
# ค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยใน 2553

## เฮลิคอปเตอร์

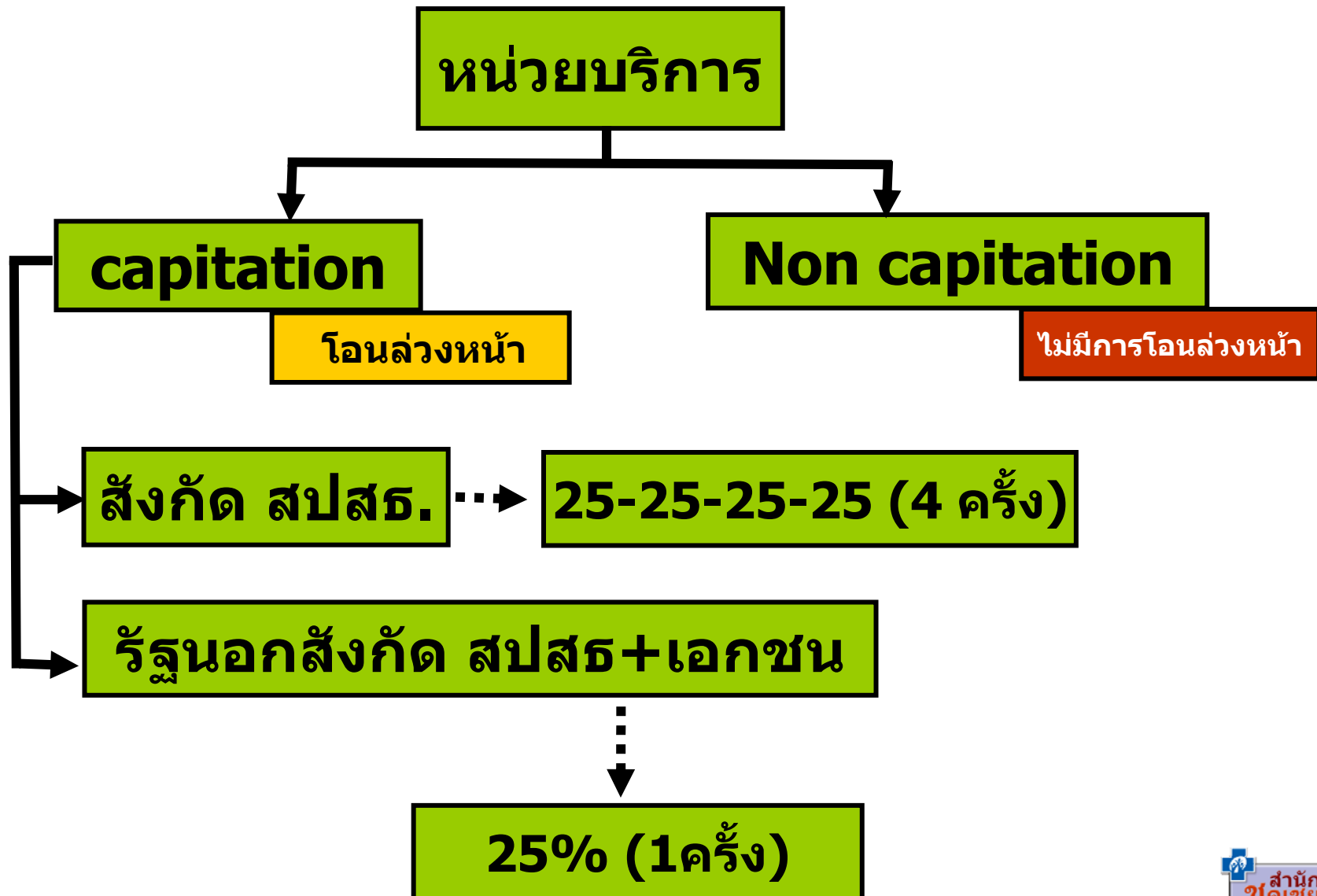


- อัตราการชดเชย ไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง (ชั่วโมงการบินละ 40,000 บาท)

# หน่วยบริการกับการรับค่าใช้จ่ายเงิน กองทุนผู้ป่วยใน



# หน่วยบริการกับการรับการโอนเงินล่วงหน้า



## วิธีคิดโอนเงินล่วงหน้า

- อัตราการจ่ายชดเชยล่วงหน้า มี 2 อัตราคือ

**1**

บริการในเขต **8,100** บาทต่อ **1 AdjRW**

**2**

บริการข้ามเขต **9,000** บาทต่อ **1 AdjRW**

รายละเอียดข้อมูลการจัดสรรสอบถามได้ที่ สบก.



# การหักล้างเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการ สังกัด สปสธ.



สบก.คิดเงินโอน  
ล่วงหน้าให้หน่วยบริการ  
**4 ไตรมาส**

โอนเงินตามข้อมูลการจัดสรร  
จริง ปีละ 1 ครั้ง ในงวดที่ 2  
ของปีงบประมาณ 2554  
(ประมาณ มกราคม 2554)

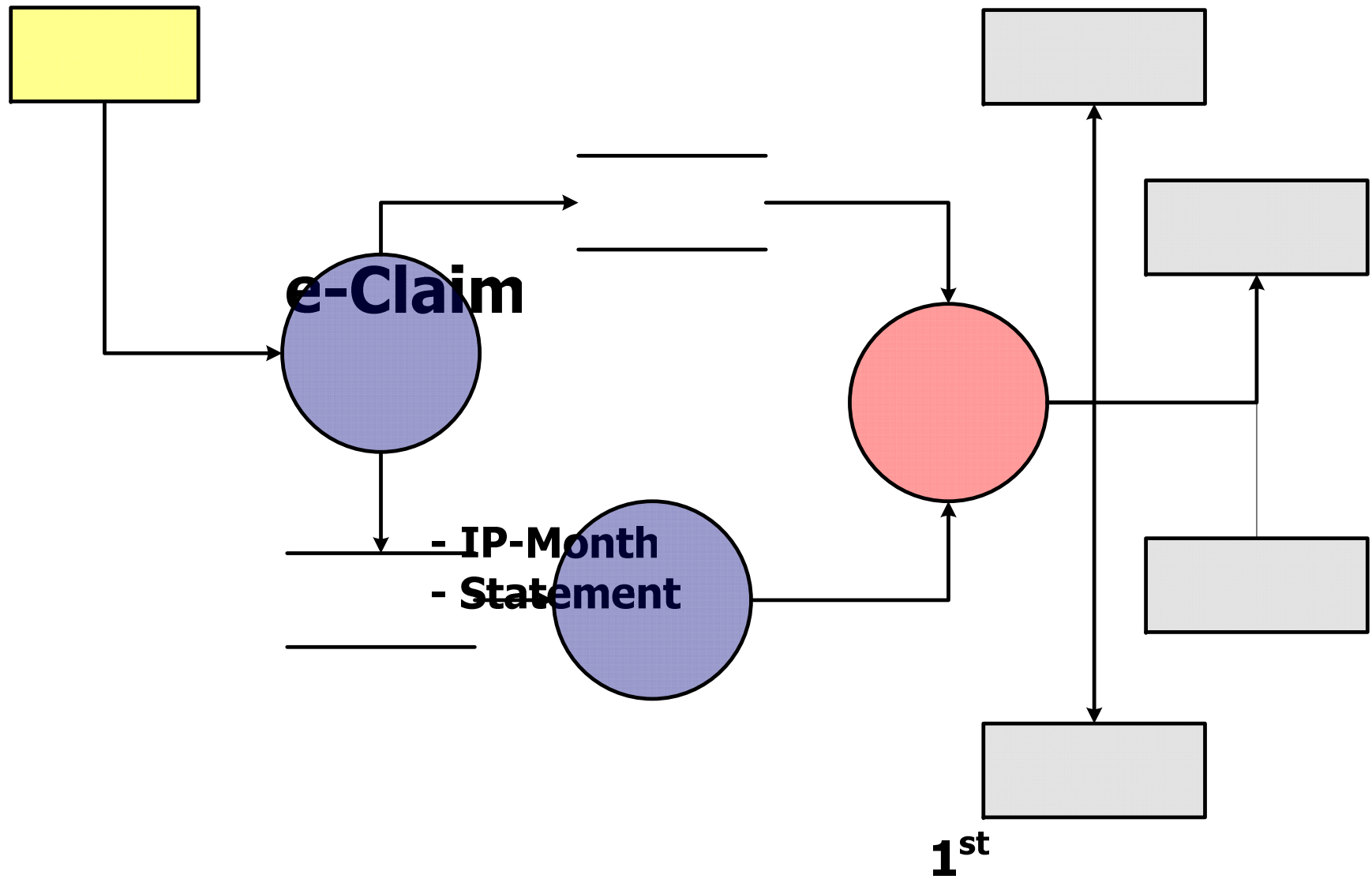
# การหักล้างเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการรัฐ นอกสังกัดและเอกชน



สบก.คิดเงินโอน  
ล่วงหน้า  
ให้หน่วยบริการเพียง  
**1 ไตรมาส** เท่านั้น

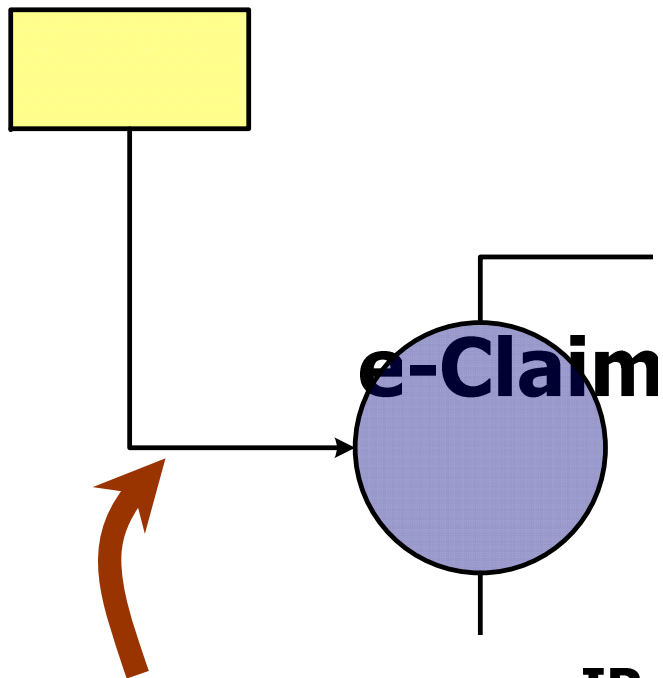
จะหักเงินคืนเงินจัดสรร  
ล่วงหน้า ในเดือน  
พฤษภาคม 2553 เป็น  
ต้นไป

**วิธีการประมวลผลเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการ  
ให้หน่วยบริการรัฐนอกสังกัดและเอกชน**



**Clean  
Data**





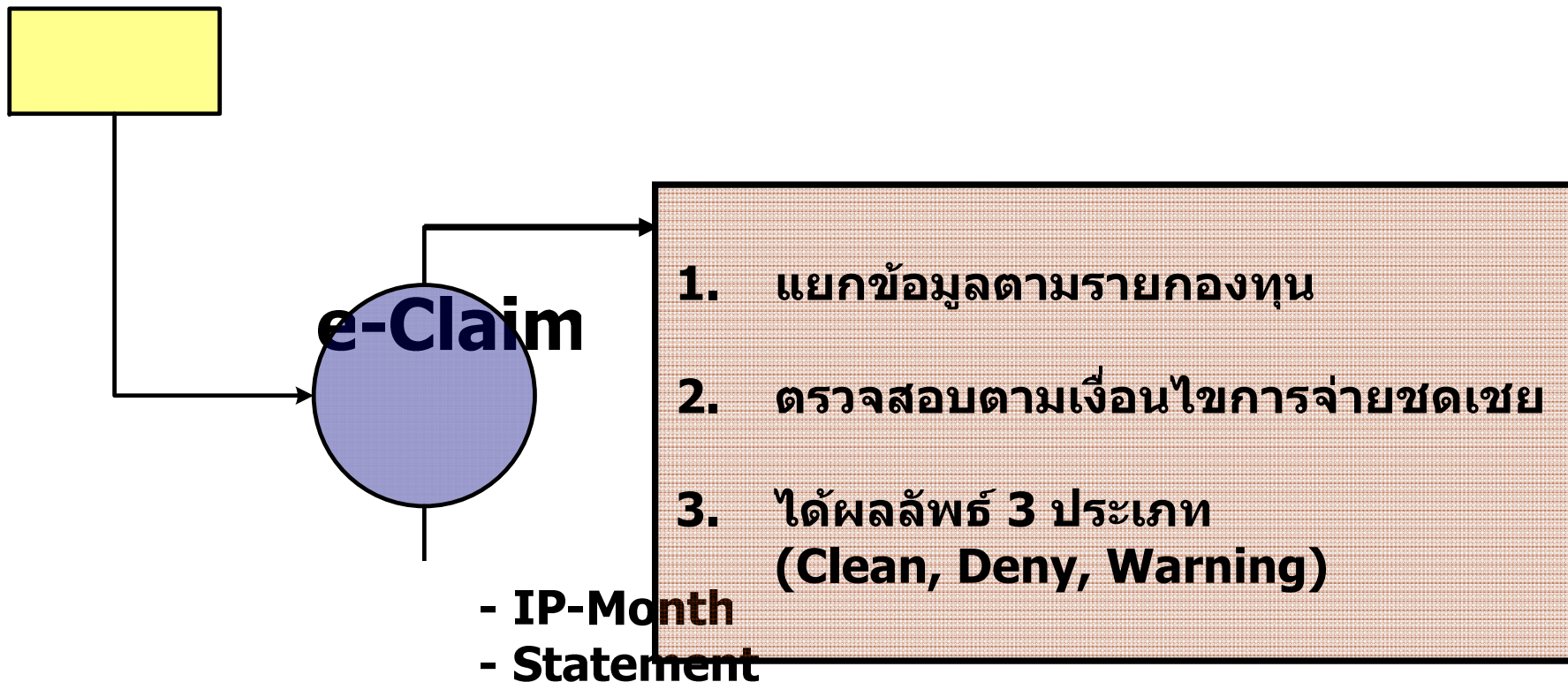
ขั้นตอนการตรวจสอบ

- IP-Month Statement**
1. ตรวจสอบจำนวนข้อมูล **Statement** เทียบกับจำนวนข้อมูลใน **IP-Month**
  2. ตรวจสอบความซ้ำซ้อน (จะต้องไม่ปรากฏข้อมูลที่เคยจ่ายชดเชยแล้ว)
  3. ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของรหัสอ้างอิง (**IPACC**)

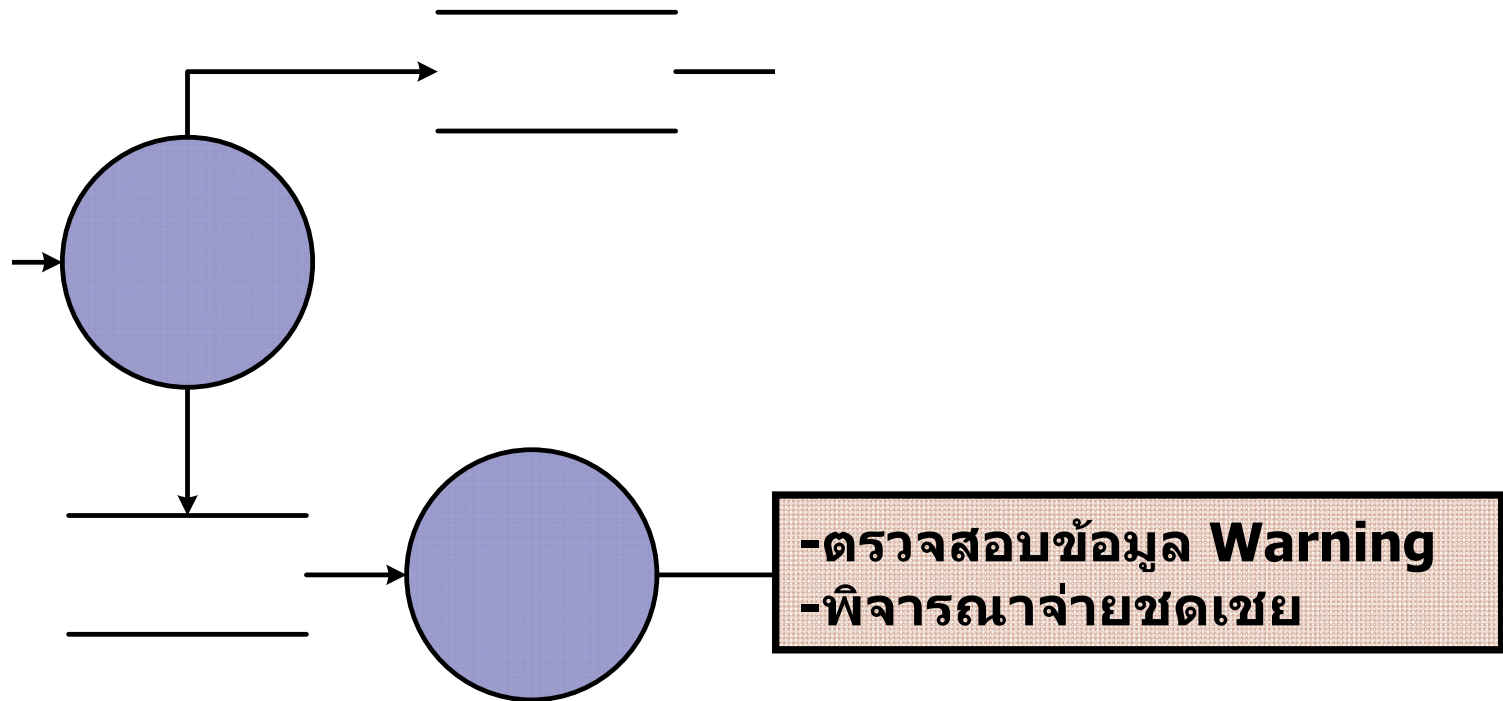
1<sup>st</sup>

**Adjudication**





# 1<sup>st</sup> Adjudication

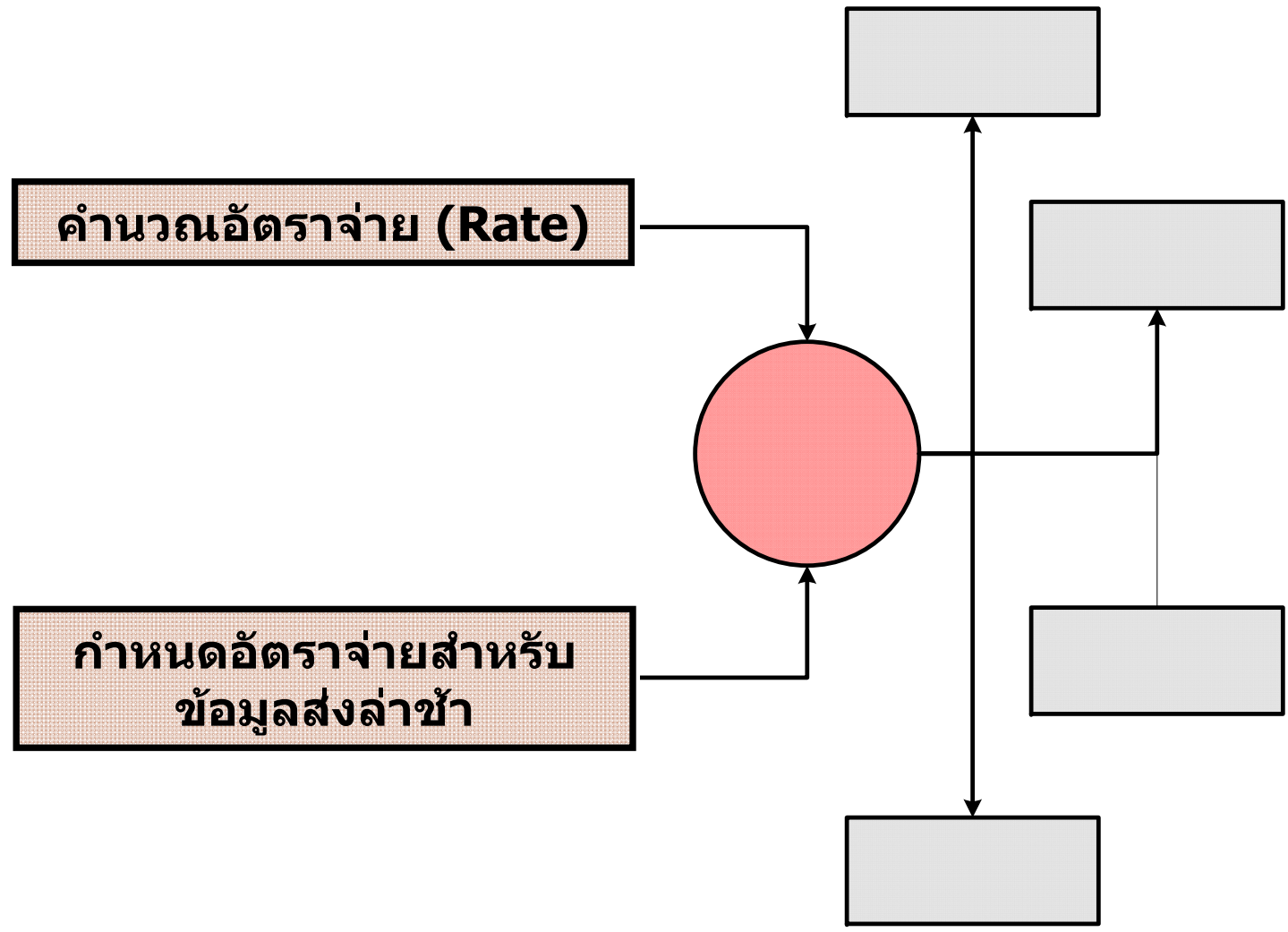


**1<sup>st</sup>**  
**Adjudication**



WARNING	DESCR	YEAR	FUNDCODE
D01C	- มีการเบิกจ่ายในโครงการบริหารโรคเฉพาะ	2008	INST
I08W	- เบิกข้อเช่าเหมาจากองค์การเภสัชกรรม	2008	INST
I09W	- รอจ่ายอุปกรณ์	2009	INST
W01	- เบิกค่าใช้จ่ายสูง ( 3 รายการ ) แต่ไม่มี ICD 10 และ ICD 9CM หรือกลุ่ม DRG ที่ให้โปรแกรมตรวจสอบ	2006	ALL
W02	- จำนวนวันนอน (LOS) เทียบกับวันนอนมาตรฐานในกลุ่มโรค (DRG) นั้น มีค่ามากเป็น 2 เท่า	2006	Ipnormal,IPPUC,IPRW,I PHC1,IPAE,ART7RF
W03	- หน่วยบริการให้บริการผู้มีสิทธิว่าง	2006	ALL
W04	- ค่า RW > = 4 , จำนวนวันนอน=0 วัน และมีชนิดการจำหน่าย ( discharge type ) คือจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต	2006	ALL
W08	- IP มียอดเรียกเก็บน้อยกว่า 10,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 20 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W09	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท แต่ไม่เกิน 50,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 10 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W10	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 5 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W11	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่า 100,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 4 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W12	- ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก	2006	INST
W13	- ICD-10/ICD-9CM/กลุ่ม DRG ไม่เข้าเกณฑ์จ่ายชดเชย	2006	IP7SSS,IPFLU
W14	- จำนวนเงินค่ารถ เกิน 2,000 บาท หรือ บันทึกรหัสหน่วยบริการรับส่งต่อไม่ถูกต้อง	2007	CARAE,CARREF,CARREF -PUC
W15	- รอผลการ Audit	2008	ALL
W16	- จำนวนชั่วโมงมากกว่า LOS	2009	IPHC





# วิธีคำนวณอัตราจ่าย

1



E-Claim

2



ตรวจสอบข้อมูลตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข  
(General Adjudication)

3



คำนวณอัตราจ่ายชดเชย  
(Rate ประเทศ)

# กระบวนการหลังจากออกรายงานการจ่ายเงิน



1. ส่งข้อมูลการจ่ายให้ สบก.  
(File) เพื่อนำข้อมูลไป  
ตรวจสอบตัวเลขการขอ  
อนุมัติซ้ำ และนำข้อมูล  
ไปแสดงบน

[www.nhso.go.th/acc](http://www.nhso.go.th/acc)



2. หน่วยบริการเข้ามา  
ตรวจสอบรายงาน



3. หน่วยบริการขอ  
อุทธรณ์ค่าใช้จ่าย  
มีความเห็นแย้ง

# การอุทธรณ์การขอรับค่าใช้จ่าย ปี 2553

**1. อุทธรณ์ข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายโดย E-Appeal**

**2. ส่งเอกสารประกอบทุกกรณีเช่น**

**Deny I04 (รหัสเหตุการณ์ไม่สัมพันธ์กับรายการอุปกรณ์)**

**ให้ส่ง Summary D/C และ Operative Note**

**3. รายละเอียดเพิ่มเติมศึกษาในคู่มือการจ่ายชดเชย**

## ประเด็นปัญหาที่รับจากหน่วยบริการ

- 1.** การ Admit ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อัมพาต โรคจิตเวช นอนนาน ๆ ข้ามปี มีค่าใช้จ่ายสูง จะให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายอย่างไร
- 2.** การ Admit และมีการใช้ยานอกบัญชียาหลัก หน่วยบริการแยกบิลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย หรือต้นสังกัดได้ หรือไม่

## ประเด็นปัญหาที่รับจากหน่วยบริการ (ต่อ)

- 3.** ค่าพาหนะในพื้นที่เกาะที่ประชากรน้อย และจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยของตัวเองไปรักษาที่อื่น
- 4.** การเรียกเก็บเงินกรณี OP และ IP ในวันเดียวกันหน่วยบริการเรียกเก็บเงินทั้ง 2 กรณี จะได้หรือไม่

## ข้อตกลงในการทำงานร่วมกับสาขาเขต

- 1.** **สบช.จัดส่งข้อมูลการชดเชยรายสาขาเขตที่เป็น Detail หลังออกรายงานอนุมัติ การจ่ายเงินภายใน 7 วัน วางข้อมูลไว้ที่ [www.nhso.go.th/claim](http://www.nhso.go.th/claim)**
- 2.** **ทำหนังสือสรุปผลการจ่ายชดเชยประจำเดือนอย่างเป็นทางการไปยังสำนักงานสาขาเขต**

## ข้อตกลงในการทำงานร่วมกับสาขาเขต(ต่อ)

- 3.** ให้สาขาเขต monitor ข้อมูลตามมติดบอร์ด คือ RW น้อยกว่า 2 หรือ 0.5 (สบช. Monitor ภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อเสนอแก่ผู้บริหารในที่ประชุมกรรมการบริหาร) จะแสดงบน [www.nhso.go.th/claim](http://www.nhso.go.th/claim)
- 4.** ข้อมูลภาพรวมข้อมูลทั้งประเทศ สบช. จะแสดงบน [www.nhso.go.th/claim](http://www.nhso.go.th/claim)



เดือนที่ ให้บริการ (OP)/ จำหน่าย (IP)	วันตัดยอด การส่งข้อมูล	งวดและวันออก STM											
		5210	5211	5212	5301	5302	5303	5304	5305	5306	5307	5308	5309
ต.ค.52	30 พ.ย.52	15 ธ.ค. 52	15 ม.ค. 53 <sup>1</sup>	15 ก.พ. 53 <sup>2</sup>	10 มี.ค. 53 <sup>3</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>1</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>3</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
พ.ย.52	30 ธ.ค.52		15 ม.ค. 53	15 ก.พ. 53 <sup>1</sup>	10 มี.ค. 53 <sup>2</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>1</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>3</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
ธ.ค.52	30 ม.ค.53			15 ก.พ. 53	10 มี.ค. 53 <sup>1</sup>	20 เม.ย. 53 <sup>2</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>3</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
ม.ค.53	2 มี.ค.53				10 มี.ค. 53	20 เม.ย. 53 <sup>1</sup>	14 พ.ค. 53 <sup>2</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
ก.พ.53	30 มี.ค.53					20 เม.ย. 53	14 พ.ค. 53 <sup>1</sup>	10 มิ.ย. 53 <sup>2</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
มี.ค.53	30 เม.ย.53						14 พ.ค. 53	10 มิ.ย. 53 <sup>1</sup>	13 ก.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>3</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
เม.ย.53	30 พ.ค.53							10 มิ.ย. 53	13 ก.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ส.ค. 53 <sup>2</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>3</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
พ.ค.53	30 มิ.ย.53								13 ก.ค. 53	10 ส.ค. 53 <sup>1</sup>	10 ก.ย. 53 <sup>2</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>3</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
มิ.ย.53	30 ก.ค.53									10 ส.ค. 53	10 ก.ย. 53 <sup>1</sup>	12 ต.ค. 53 <sup>2</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>3</sup>
ก.ค.53	30 ส.ค.53										10 ก.ย. 53	12 ต.ค. 53 <sup>1</sup>	10 พ.ย. 53 <sup>2</sup>
ส.ค.53	30 ก.ย.53											12 ต.ค. 53	10 พ.ย. 53 <sup>1</sup>
ก.ย.53	30 ต.ค.53												10 พ.ย. 53

หมายเหตุ

- 1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็น วันทำการถัดไป
- 2) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนดคือส่งภายใน วันตัดยอดการส่งข้อมูล
- 3) หากหน่วยบริการต้องการแก้ไขข้อมูลที่ผ่าน A แล้ว ให้ดำเนินการภายในกำหนดวันตัดยอดข้อมูล หากจะแก้ไขข้อมูลหลังจากนั้น ให้ปฏิบัติตามวิธีการอุทธรณ์ข้อมูลหลังการจ่ายชดเชย
- 4) อัตราการจ่ายชดเชย **ส่งทันกำหนด** = จ่าย 100% , **ส่งช้า 1 เดือน** = จ่าย 95% , **ส่งช้า 2 เดือน** = จ่าย 90% , **ส่งช้าเกิน 2 เดือน** = จ่าย ไม่เกิน 80%

การบริหารกองทุน อุบัติเหตุฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2553  
และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข

## กองทุนอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
งบประมาณต่อหัว ประชากร	70.88 บาท	72.51 (เพิ่มขึ้น 2.30%)
การบริหารกองทุน	แบ่งเป็นกองทุนย่อย 2 กองทุน(ตามประเภท กองทุนย่อย) คือ 1.1 OP AE 1.2 IP AE	เหมือนปี 2552
	กองทุนกลาง ระดับประเทศ	
การบริหาร งบประมาณ	กันเงินสำหรับอุทธรณ์และ ล่าช้าจำนวน 3%	เหมือนปี 2552
	แบ่งงบประมาณที่เหลือเป็น 12 เดือน (เท่าๆ กัน) และ คำนวณจ่ายรายเดือนตาม รอบการตัดข้อมูล	แบ่งเงินเป็น 12 เดือน (ตาม Seasonal)

# กองทุนอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ประเภทการ ให้บริการ	<b>กรณีผู้ป่วยนอก (OPAE)</b>	เหมือนปี 2552
	เข้ารับบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามสาขาจังหวัด รวมสิทธิคนพิการ/ ทหารผ่านศึก ทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และทหารอากาศ	
	ค่าพาหนะส่งต่อ	
	<b>กรณีผู้ป่วยใน (IP AE)</b>	
	การเข้ารับบริการสิทธิว่าง	
	การเข้ารับบริการเด็กแรกเกิดทุกราย	
	สิทธิว่างและเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน	
	สิทธิประกันสังคม 3 เดือนรับบริการเจ็บป่วย	
	สิทธิประกันสังคม 7 เดือนรับบริการคลอด	
	ค่าพาหนะส่งต่อ	
	<b>กรณีอื่น ๆ</b>	
	การบริการตามข้อบังคับมาตรา 7	
	การบริการศูนย์ประสานการส่งต่อ	

## กองทุนอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ระบบการจ่ายเงิน	กรณีผู้ป่วยนอก	เหมือนปี 2552
	Point System with Global budget	
	กรณีผู้ป่วยใน	
	DRG Weight Global budget โดยใช้ DRG Version 4	
อัตราการจ่ายชดเชย	กรณีผู้ป่วยนอก	เหมือนปี 2552
	ตามที่คำนวณได้ในระบบ Point	
	กรณีผู้ป่วยใน	
	ตามที่คำนวณได้ในระบบ DRG	

## กองทุนอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
การจ่ายเงินตาม ข้อบังคับมาตรา 7	วิธีการและอัตราการ จ่ายชดเชย เป็นไปตามประกาศ	<b>เหมือนปีงบประมาณ 2552</b>
ผู้จัดการระบบ	บริหารโดยสำนัก บริหารการชดเชย ทั้งหมดเพราะใช้เงิน กองทุนกลาง AE	บริหารโดยสำนักบริหาร การชดเชยทั้งหมด ถึงแม้จะมีเขตสุขภาพ (เนื่องจากงบประมาณ ใช้กองทุนกลาง AE ทั้งหมด)

# ข้อมูลประกอบ

## กองทุนอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
<b>ศูนย์ประสานการ ส่งต่อ</b>	จ่ายเงินทั้ง <b>หน่วยบริการ</b> สำรองเตียงและ <b>สถาน</b> <b>บริการสำรองเตียง</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	จ่ายเงินชดเชยตาม ระบบ <b>DRG Version 4</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	อัตราจ่ายชดเชย <b>13,000-15,000</b> บาท ต่อ <b>1AdjRW</b>	
<b>ผู้จ่ายเงิน</b>	สำนักบริหารการชดเชย	<b>เหมือนปี 2552</b>



1

## ศูนย์ประสานการส่งต่อ



หมายถึง

หน่วยกลาง\*ที่ทำหน้าที่ในการ **ประสาน** หาเตียงเพื่อส่งต่อผู้ป่วยตามเงื่อนไขที่ระบุ ในสัญญาให้กับหน่วยบริการในพื้นที่หรือ สถานบริการอื่น

หน่วยกลางหมายถึง ศูนย์ประสานการส่งต่อส่วนกลาง หน่วยบริการที่ สปสช.กำหนด เช่น นครพิงค์ สวรรค์ประชารักษ์หรือ สปสช สาขาเขตพื้นที่

2

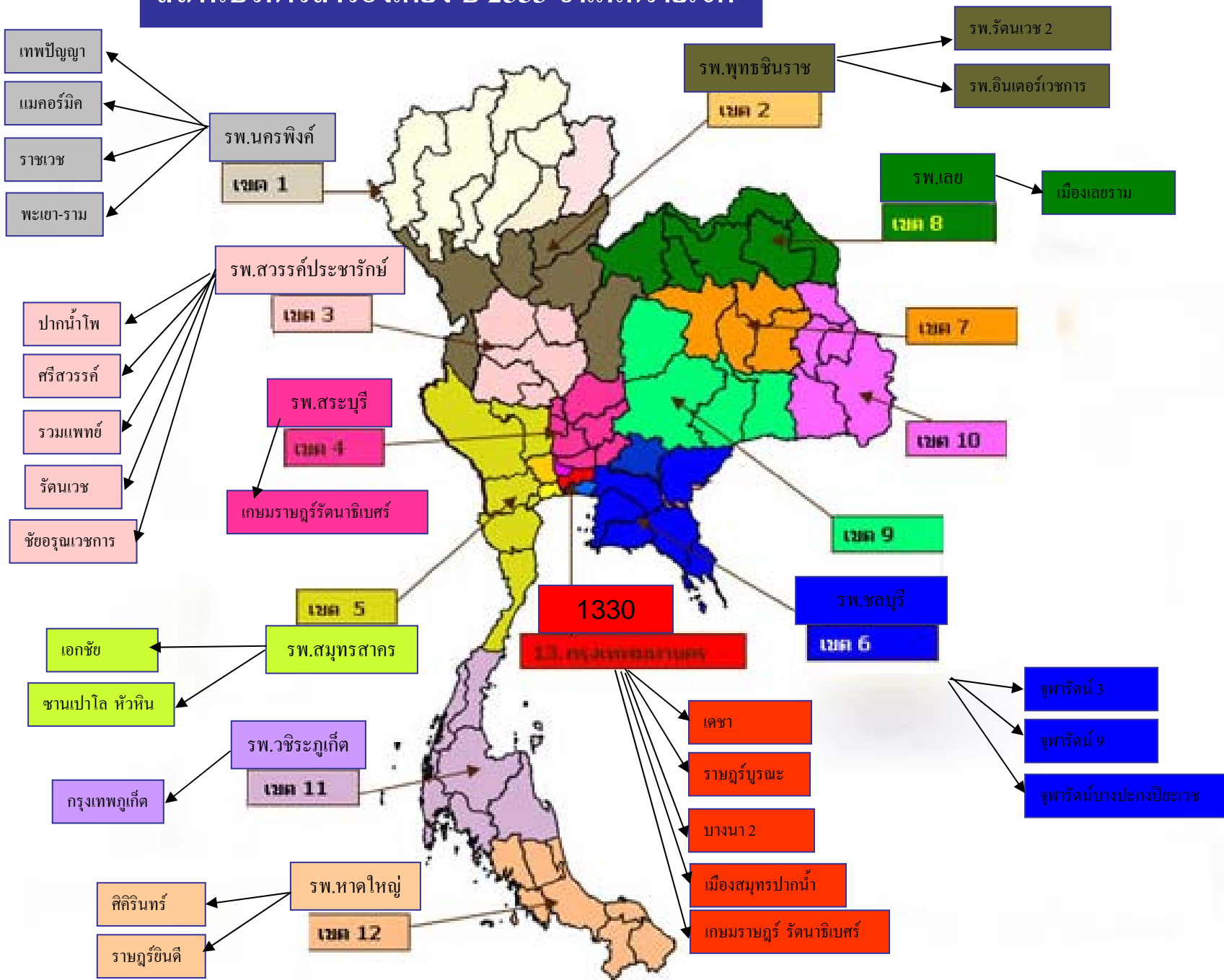
## สถานบริการสำรองเตียง



หมายถึง

สถานบริการอื่นที่**สมัครเข้าร่วม**เป็นศูนย์สำรองเตียง  
และได้ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด  
จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# สถานบริการสำรองเตียง ปี 2553 จำแนกรายเขต



## เงื่อนไขให้ให้บริการสาธารณสุข

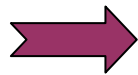
เป็นไปตามที่ระบุในสัญญาการเข้าร่วมเป็น  
ศูนย์สำรองเตียง ประกอบด้วย

1. การผ่าตัดสมอง ระบบประสาท
2. เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม
3. Case AE ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินอื่นๆที่เป็นปัญหาของพื้นที่

# ขั้นตอนการให้บริการ



ผู้ป่วย  
ฉุกเฉิน



หน่วยบริการ



หน่วยบริการ/  
สถานบริการอื่น



ศูนย์ประสาน  
การส่งต่อ



หน่วยบริการ/สถานบริการ  
สำรองเตียง

## หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1

ผู้ป่วยที่รักษาต้องมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ทั้งที่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ :- สิทธิว่าง)

2

ผู้ป่วยที่รักษาต้องเป็นกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกเข้า

## หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย (ต่อ)

3

ต้องเป็น Case ที่ได้รับ การประสานจาก ศูนย์  
ประสานการส่งต่อก่อนส่ง ไปยังศูนย์สำรอง  
เตียงเท่านั้น

4

มีการบันทึกข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการ  
ในระบบข้อมูลที่สำคัญงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติกำหนด





**งานลงทะเบียน** ^

- บันทึกข้อมูลผู้ป่วย IPD
- ค้นหาผู้ป่วย IPD
- ค้นหาจากข้อมูล 12 แฟ้ม

**งานตรวจสอบข้อมูล** ^

- ตรวจ RW รายบุคคล
- ตรวจ RW รายกลุ่ม



หน่วยบริการที่รักษา : 10686 พระนั่งเกล้า, รพท. จังหวัด : นนทบุรี

รับ / จำหน่าย / สิทธิ (F1) การวินิจฉัยโรค ICD10 (F2) การผ่าตัดจัดการ ICD9-CM (F3) AE,RF (F4) ค่ารักษาพยาบาล (F5)

**ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน**

เลขประจำตัวผู้ป่วย(HN) \* เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) \* ประเภทบัตร : หมายเลขบัตร \*

12345 51-7-001 1 บัตรประชาชน 1-2345-67898-76-5

คำนำหน้า : ชื่อผู้ป่วย \* นามสกุลผู้ป่วย \*

1 ต.ช. สมมุติ อีกรัจง

วันเกิด : เพศ : นน. แรกรับ : สถานภาพ : สัญชาติ : อาชีพ :

12/09/2533 ชาย 56 กก. 1 โสด 0 ไทย 000 (-)

หน่วยบริการหลัก : จังหวัดตามบัตรทอง : เขต(สปสช.) :

10686 รพท.พระนั่งเกล้า 1200 นนทบุรี สาขาที่แท้(สระบุรี)

**ข้อมูลด้านหน่วยบริการ**

รับไว้เมื่อวันที่ \* เวลา \* อายุ(ปี) : เดือน : รหัส Claim Code : โครงการพิเศษ :

12/09/2551 09:00 18 0 ART7RF การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีเหตุสมควร(มาตรา7)

ประเภทบริการ / รักษา : สิทธิ :

1 IPD UCS สิทธิ UC การใช้สิทธิ :  ใช้สิทธิ UC  ไม่ใช้สิทธิ UC

จำหน่าย วันที่ \* เวลา \* จำนวนรวมวันออกลิบบ้าน : วันนอน :

14/09/2551 15:00   2

**ข้อมูลประเภทการจำหน่าย**

สถานภาพเมื่อจำหน่าย \* ประเภทการจำหน่าย \* :

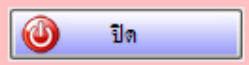
2 Improved 1 With Approval

**จำนวนข้อมูล**

รอส่ง :  รายการแก้ไข : 1



**ข้อมูลจากการค้นหา :**



# การตรวจสอบข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชย

1

1330

สบช.  
ส่งข้อมูลเบื้องต้น  
ให้ สบช.

2



สบช.  
ตรวจสอบเงื่อนไข  
ทีละราย

3



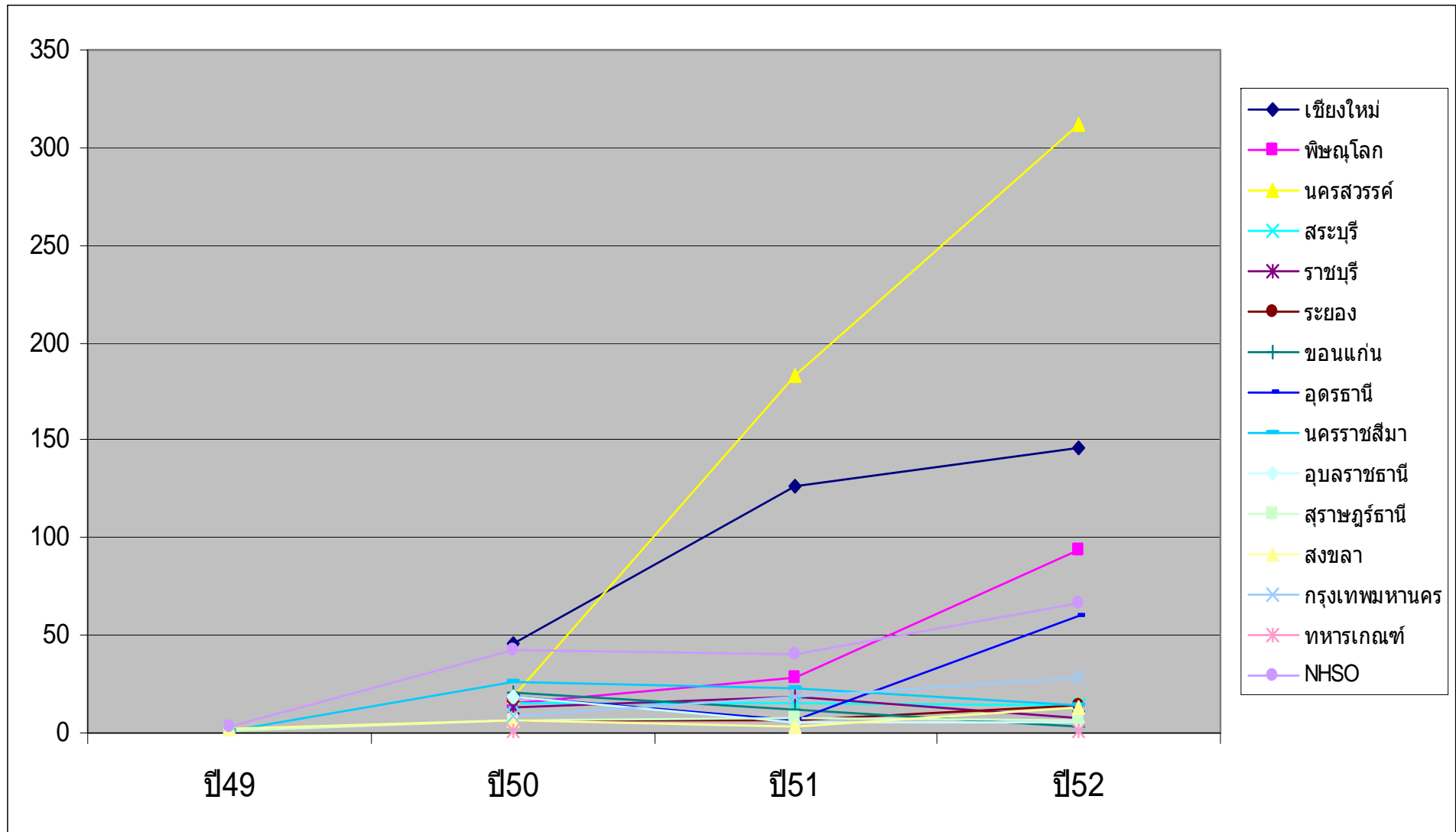
1330

ID	ชื่อ	สถานะ
1330-001	สมชาย ใจดี	รอดำเนินการ
1330-002	สมหญิง ใจดี	รอดำเนินการ
1330-003	สมชาย ใจดี	รอดำเนินการ
1330-004	สมหญิง ใจดี	รอดำเนินการ
1330-005	สมชาย ใจดี	รอดำเนินการ
1330-006	สมหญิง ใจดี	รอดำเนินการ
1330-007	สมชาย ใจดี	รอดำเนินการ
1330-008	สมหญิง ใจดี	รอดำเนินการ
1330-009	สมชาย ใจดี	รอดำเนินการ
1330-010	สมหญิง ใจดี	รอดำเนินการ

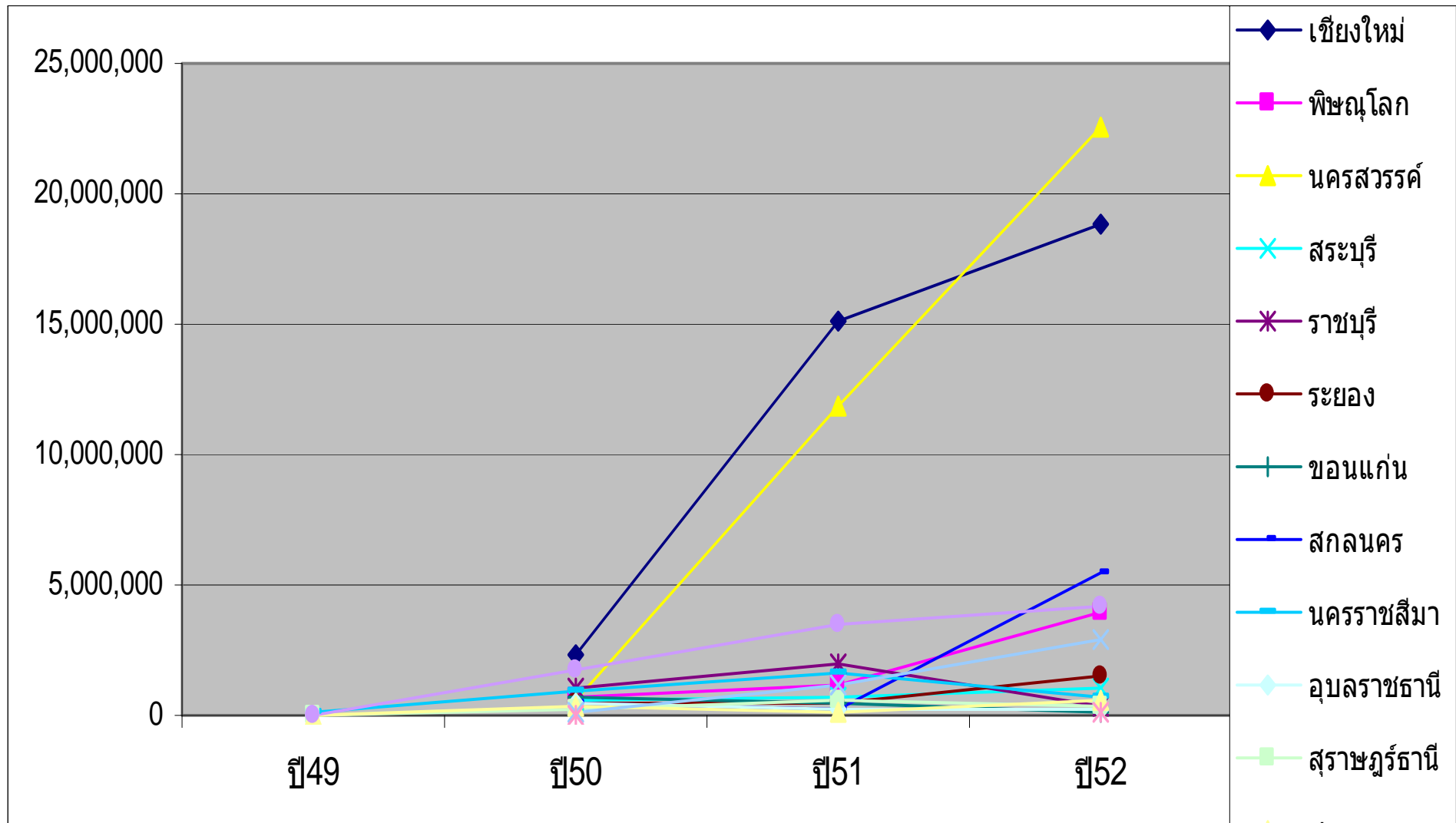
e-Claim

1. หากพบข้อมูลตรงกันจะออกรายงาน
2. หากไม่พบข้อมูลในฐาน e-Claim จะตรวจสอบซ้ำในงวดถัดไป
3. หากไม่พบข้อมูลในชุดข้อมูล 1330 จะส่งให้ 1330 ตรวจสอบซ้ำ

# ข้อมูลแสดงจำนวนรายที่จ่ายชดเชย ปี 2549 -2552 จำแนกตามหน่วยบริการประจำรายเขต



# ข้อมูลแสดงจำนวนเงินที่จ่ายชดเชย ปี 2549 -2552 จำแนกตามหน่วยบริการประจำรายเขต



## ปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
<b>1. ไม่ใส่รหัส Project Code (Z75REF)</b>	ก่อนวันตัดยอด ให้แก้ไขข้อมูล หลังวันตัดยอด ให้ส่งหนังสือขออุทธรณ์
<b>2. ไม่พบข้อมูลจากฐาน 1330/ ศูนย์ประสานการส่งต่อ</b>	ประสานงานเพื่อตรวจสอบข้อมูล หากไม่ใช่การส่งต่อจะปฏิเสธจ่ายสำรอง เพียงหากเป็นการส่งต่อให้ศูนย์ประสานฯ บันทึกข้อมูลเพิ่ม
<b>3. ติด DENY (I04) ICD10/ICD9-CM ไม่สัมพันธ์ กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก</b>	ตรวจสอบการให้บริการในเวชระเบียน (รหัสโรค, รหัสหัตถการ, รายการ, รหัส Instrument)

# ปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
4. โรงพยาบาลยังไม่ได้บันทึก ในโปรแกรมหรือไม่ทราบวิธีการ บันทึกข้อมูล	แจ้งโรงพยาบาลเพื่อบันทึกโปรแกรมและ อธิบายขั้นตอนการส่งเบิก
5. ไม่มีข้อมูลใน Statement	แจ้งงาน E-claim ตรวจสอบแก้ไขและออก รายงานในงวดถัดไป
6. สถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็น ศูนย์สำรองเตียงมีการบันทึก ข้อมูลขอรับชุดเชยผิดพลาด (บันทึกรหัสโครงการพิเศษ)	แจ้งโรงพยาบาลดำเนินการแก้ไขข้อมูล/ อุทธรณ์ยกเลิกรหัสโครงการพิเศษ

## ข้อสังเกต

- มีการจ่ายชดเชยในบางโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายจริง อาจเนื่องจากการให้รหัส ICD10, ICD9 **ไม่ถูกต้อง, ให้รหัสเกิน**
- ข้อมูลอัตราการได้รับชดเชยในสถานพยาบาลเอกชนสูงกว่าสถานพยาบาลของรัฐ
- มีการให้รหัสเบิกกรณีศูนย์สำรองเตียงแต่มีได้เป็นสถานพยาบาลสำรองเตียง จำนวน 24 แห่ง



## ข้อสังเกต (ต่อ)

- การทำสัญญามีหลายรูปแบบ ระบุข้อตกลงแนบท้ายสัญญาไม่ครบถ้วน หรือไม่ชัดเจน
- มีปริมาณศูนย์สำรองเตียงและจำนวน Caseส่งต่อในแต่ละเขตพื้นที่ไม่เท่ากัน ควรมีการบริหารจัดการโดยกองทุนระดับเขต



หลักเกณฑ์การเบิกชดเชย  
ตามข้อบังคับมาตรา 7 ینگบประมาณ 2553  
และการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายสู่ระบบ **Fax Claim**

**กติกากลาง**

**เหมือนปี 2552**

# ข้อมูลการให้บริการตามมาตรา 7 ปีงบประมาณ 2552

<http://ws.nhso.go.th/m7>



[e-news@nhso.go.th](mailto:e-news@nhso.go.th)

**Tel 02 141 4089 หรือ**

**IT-Helpdesk 02 141 4200**

## ปัญหาจากหน่วยบริการ กรณี AE

- ข้อมูลการเข้ารับบริการกรณี OP AE อาการของโรคฉุกเฉิน  
นียมการรับรู้ของประชาชน จะชี้แจงอย่างไร
- เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย อัตราการชดเชยไม่สูงใจ  
ไม่มีใครอยากรับผู้ป่วย
- การขอ Claim code ต่อเนื่อง กับการจัดการ  
(กองกลางจ่าย ถึงแม้สิทธิจะขึ้นแล้ว)
- การเข้ารับบริการครั้งแรกของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนโดย สปสช.
- การรับยาต่อเนื่องของคนพิการแล้วเบิกเป็น AE  
ประเด็นเหล่านี้ต้องหารือภายในให้เรียบร้อยก่อนที่จะชี้แจง

## ปัญหาจากหน่วยบริการ กรณี AE (ต่อ)



- การบันทึกข้อมูลกรณี OPAE ในปี 2553  
ขอยกเลิกการบันทึกที่เลือกเป็น normal (ปิดช่อง)  
ให้รพ.ตัดสินใจเลยว่าจะให้เป็นกรณี A หรือ E ไม่ว่าจะ  
เป็นสิทธิว่าง คนพิการ ทหารผ่านศึก ประกันสังคม หรือ  
ทหารเกณฑ์ ก็ตาม ทั้งนี้ให้ยึดตามหลักเกณฑ์การ  
ให้บริการกรณีฉุกเฉินตามหนังสือ ว.....

การบริหารกองทุนค่าใช้จ่ายสูง ปีงบประมาณ 2553  
และหลักเกณฑ์เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข

## กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (High Cost : HC)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
งบประมาณต่อหัว ประชากร	68.16 บาท	<b>85.75 (รวมการบริหาร จัดการโรคเฉพาะด้วย)</b>
การบริหารกองทุน	แบ่งเป็นกองทุนย่อย 2 กองทุน(ตามประเภท กองทุนย่อย) คือ <b>1 OP HC 2. IPHC</b>	เหมือนปี 2552 <b>Dmi=29.34</b>
	บริหารที่กองทุนกลาง	
การบริหาร งบประมาณ	กันเงินสำหรับอุทธรณ์ และล่าช้าจำนวน 3%	เหมือนปี 2552  <b>แบ่งเงินเป็น 12เดือน (ตามSeasonal)</b>
	แบ่งงบประมาณที่เหลือ เป็น 12 เดือน (เท่าๆ กัน) และคำนวณจ่ายรายเดือน ตามรอบการตัดข้อมูล	



# กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (High Cost : HC)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ประเภทการให้บริการ	กรณีผู้ป่วยนอก (OPHC)	
	การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป	เหมือนปี 2552
	การรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลเฉพาะมะเร็งเต้านม	<b>ประกาศเพิ่มโปรโตคอล 8 ชนิด</b>
	การรักษาผู้ป่วย Cryptococcal meningitis ในผู้ป่วย HIV	เหมือนปี 2552
	การติดเชื้อฉวยโอกาส CMV ในผู้ป่วย HIV	เหมือนปี 2552
	การล้างไตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน	เหมือนปี 2552
	อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	<b>ปรับปรุงเพิ่มรายการและข้อบ่งชี้</b>
	การบำบัดยาเสพติดด้วยสารเมทาโดน	เหมือนปี 2552
	การตรวจวินิจฉัยและหัตถการหัวใจราคาแพง (สังเกตอาการ 1-2 วัน)	เหมือนปี 2552

# กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (High Cost : HC)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ประเภทการให้บริการ	<b>กรณีผู้ป่วยใน (IP HC)</b>	
	<b>การรักษาผู้ป่วย Cryptococcol meningitis ในผู้ป่วย HIV</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	<b>การติดเชื้อฉวยโอกาส CMV ในผู้ป่วย HIV</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	<b>การล้างไตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	<b>Hyperbaric oxygen therapy เฉพาะการรักษาโรคน้ำหนึบ (Decompressive sickness)</b>	<b>เหมือนปี 2552</b>
	<b>อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค</b>	<b>ปรับปรุงรายการและอัตราการชดเชย</b>

## กองทุนค่าใช้จ่ายสูง (High Cost : HC)

ประเด็นความแตกต่าง	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553
ระบบการจ่ายชดเชย	Point system with ceiling with Global Budget	เหมือนปี 2552

# อัตราการจ่ายชดเชย High Cost ปี 2553

ประเภท	เงื่อนไขการบริการ	อัตราจ่าย
ผู้ป่วย นอก	การรักษาภาวะเร่งด่วนตามที่กำหนดใน Protocol	ตามที่กำหนด ใน Protocol
	การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป	4,000 บาทต่อครั้ง
	การฟอกเลือด/ล้างไต กรณี ไตวายเฉียบพลัน	2,000 บาทต่อครั้ง
	การรักษาผู้ป่วย Cryptococcol meningitis ในผู้ป่วย HIV	3,000 บาทต่อครั้ง
	Investigation ราคาแพงและหัตถการ หัวใจ (สังเกตอาการ 1-2 วัน)	ตามราคาที่กำหนด ในประกาศ
	Instrument	ตามราคาที่กำหนด ในประกาศ
	การติดเชื้อฉวยโอกาส CMV	250 บาทต่อข้างต่อ สัปดาห์ 500 บาท ต่อข้างต่อ 2 สัปดาห์
	Hyperbaric oxygen therapy เฉพาะการ รักษาโรคน้ำหนึบ	12,000 บาทต่อ ชั่วโมง
	การบำบัดยาเสพติดด้วยสารเมทาโดน	20 บาทต่อวัน

# อัตราการจ่ายชดเชย High Cost ปี 2553

ประเภท	เงื่อนไขการบริการ	อัตราจ่าย
ผู้ป่วยใน (IPHC)	การรักษาผู้ป่วย Cryptococcol meningitis ในผู้ป่วย HIV	15,000 บาทต่อ Admission
	การติดเชื้อฉวยโอกาส CMV	250 บาทต่อข้างต่อ สัปดาห์ 500 บาทต่อข้างต่อ 2 สัปดาห์
	การล้างไต กรณี ไตวายเฉียบพลันที่มี ระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน	2,000 บาทต่อครั้ง
	Hyperbaric oxygen therapy เฉพาะการรักษาโรคน้ำหนึบ	12,000 บาทต่อ ชั่วโมง
	Instrument	ราคาที่กำหนดใน ประกาศ

# รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่เพิ่มรายการ ในปี 2553

## ประกอบด้วย

1. รหัสอุปกรณ์ **4016** หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือด  
ส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft  
(ตามความยาวที่ใช้) ชม.ละ 600 บาท ข้อบ่งชี้ สำหรับใส่ทดแทน  
ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน
2. รหัสอุปกรณ์ **4019** ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ  
(Homograft) ชิ้นละ 25,000 บาท

# รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่เพิ่มรายการ ในปี 2553

## ข้อบ่งชี้

<b>1. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis)</b>
<b>2. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้</b>
<b>3. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก</b>
<b>4. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเออर्टิก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก</b>
<b>5. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction)</b>

## เพิ่มรายการ

เครื่องมือช่วยการผ่าตัดลำไส้ ข้อบ่งชี้หลัก  
ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ ที่ไม่สามารถตัดต่อลำไส้  
ด้วยวิธีปกติ และหลีกเลี่ยงการที่ต้องมีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง  
โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการต่อลำไส้

รหัสอุปกรณ์ **5501** เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ  
แบบวงกลมอันละ 13,500 บาท ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับ  
ตัดต่อลำไส้ตรง (Rectum) ส่วน 2 ใน 3 ล่างเท่านั้น



## เพิ่มรายการ

รหัสอุปกรณ์ **5503** เครื่องมือเย็บลำไส้  
อัตโนมัติแบบปรับหัวได้ อันละ **12,100** บาท  
ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับตัดต่อลำไส้ตรง (Rectum)  
ส่วน 2 ใน 3 ล่างเท่านั้น

## เพิ่มข้อบ่งชี้



รหัสอุปกรณ์ **4401, 4406, 4411**  
สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ

รหัสอุปกรณ์ **4701** ใช้สำหรับผู้ป่วย  
มะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

รหัสอุปกรณ์ **4801, 4802** ให้ใช้สำหรับ  
การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ

# การบริหารจัดการกรณีอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ปี 2553

## วัตถุประสงค์

เพื่อควบคุมราคา ประชาชนเข้าถึง  
ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

# การบริหารจัดการกรณีอุปกรณ และอวัยวะเทียม ปี 2553

## กรณีข้อเข้าเทียม (ทั้ง 2 ระบบ)

**สปสช. แจงหน่วยบริการดำเนินการ เช่นเดียวกับปี 2552 คือ**

- 1. ชดเชยอุปกรณ์ข้อเข้า(วัสดุ) ไปที่หน่วยบริการ แทนชดเชยเป็นเงิน**
- 2. หน่วยบริการสามารถขอรับการชดเชยเป็นวัสดุ หรือเป็นเงินได้ตามสมัครใจ**
- 3. กรณีที่ขอรับการชดเชยเป็นวัสดุ รพ.เอกชนที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบ UC ต้องสมัครเข้าร่วมโครงการกับ อภ. โดยสาขาเขตต้องทำหน้าที่ตรวจประเมินหน่วยบริการและลงนามในสัญญา**

## การบริหารจัดการกรณีอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ปี 2553 (ต่อ)

4. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย ศึกษาได้จากหนังสือคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ปี 2553 บทที่ 4
  
5. เงื่อนไขประกอบการพิจารณาขอรับการชดเชย
  - **checklist** ก่อนผ่าตัด
  - **แบบประเมินหลังผ่าตัด**

## กรณี Drug eluting stent

- ประกาศปรับลดราคาจากเดิม 85,000 บาท  
ต่อเส้น เหลือ **40,000** บาท
- กำหนดเงื่อนไขประกอบการ  
พิจารณาจ่ายเงิน  
(โดย คกก.กำหนด)



## กรณี Drug eluting stent (ต่อ)

### วิธีการ

1. จัดซื้อรวม ร่วมกับอภ. (ทำเหมือนข้อเช่า)
2. หน่วยบริการเลือกได้ระหว่างรับการชดเชยเป็นอุปกรณ์หรือรับการชดเชยเป็นเงิน
3. มีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนด

# การขอรับค่าใช้จ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ตามโปโตคอล

## ประเภทโรคมะเร็ง ประกอบด้วย

1. มะเร็งเต้านม
2. มะเร็งโพรงจมูก
3. มะเร็งหลอดอาหาร
4. มะเร็งกระเพาะอาหาร
5. มะเร็งปอด (non small cell, Small cell)
6. มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย
7. มะเร็งรังไข่
8. มะเร็งปากมดลูก
9. มะเร็งตับและท่อน้ำดี



# หลักเกณฑ์

- หน่วยบริการ ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าเกณฑ์ตามประกาศของ สปสช (โดย สปค.เป็นผู้ดำเนินการประกาศ)
- การจ่ายเงินชดเชย จะจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการที่รักษาตามโปรโตคอล เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก เท่านั้น จ่ายเป็นค่ายา ค่ารังสีรักษา รังสีวางแผน และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา ไม่นับรวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ (หน่วยบริการประจำตามจ่าย)
- การรักษาเป็นผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน

•หมายเหตุ อัตราจ่ายชดเชยแต่ละสูตรยา ได้คิดต้นทุนของค่ายาเคมี ค่ารังสีวางแผน รังสีรักษา ค่าวัสดุและค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา ไว้หมดแล้ว ยกเว้นค่าอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ

## หลักเกณฑ์ (ต่อ)

- ในกรณีที่รักษาด้วยสูตรยาที่มียา จ (2) จะได้รับการชดเชยเป็นยาผ่านระบบ VMI (ส่งข้อมูลตามที่กองทุนยาฯกำหนด) ส่วนค่ายาอื่น ๆ จะได้รับการชดเชยตามที่กำหนดในสูตรยานั้น
- หากมีการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน ในครั้งเดียวกัน (Visit/Admission) จะได้รับค่าใช้จ่ายเพียงกรณีใดกรณีหนึ่งเท่านั้น ห้ามไม่ให้มีการเบิกซ้ำซ้อน

## หลักเกณฑ์ (ต่อ)

- กรณีหน่วยบริการจงใจ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยบริการรับส่งต่ออื่น ๆ กรณีผู้ป่วยนอก และส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน จะได้รับการปฏิเสธการจ่ายเงิน สปสช. มีสิทธิปรับเรียกค่าเสียหายในอัตราที่สูงกว่าราคาที่ได้รับการชดเชย 10 เท่า

## หลักเกณฑ์ (ต่อ)

- ข้อบ่งชี้ วิธีรักษา และระยะเวลาที่ใช้รักษา ต้องเป็นตาม Protocol ที่ สปสช. กำหนด
- รายการยาตามสูตรยาจ่ายชดเชย จะต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น กรณีที่สูตรยานั้นมียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ด้วย จะไม่ได้รับการชดเชย
- กรณีที่รักษาโรคมะเร็งที่ สปสช.ประกาศโปรโตคอลแล้ว ไม่สามารถเรียกเก็บแบบราคาทั่วไป (**4,000 บาท**) ได้
- ประกาศใช้ 1 มกราคม 2553 เป็นต้นไป

## เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย

1. ให้นำหน่วยบริการจัดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็งก่อนให้การรักษา ( **FM 06-XXX** ) และเก็บไว้ที่เวชระเบียนไว้ให้ ตรวจสอบ ( ปีถัดไปจะพัฒนาเป็น อิเล็กทรอนิกส์ )
2. ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อได้รับการรักษาจนครบ Cycle แล้วเท่านั้น
3. กรณีที่เสียชีวิต หรือไม่สามารถรักษาจนครบ Cycle ในโปรโตคอลนั้นได้ จะจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่กำหนดใน Cycle นั้น ๆ

## เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย

4. ผู้ป่วย **1 ราย**เบิกได้เพียง **1 สูตรยา**เท่านั้นในแต่ละครั้งที่ขอรับค่าใช้จ่าย ยกเว้น แพทย์วินิจฉัยเปลี่ยนแปลงโปรโตคอลได้ หน่วยบริการสามารถเบิกยาในสูตรใหม่ได้ และ สปสช. จะขอเวชระเบียนมาตรวจสอบ (Clinical Audit)
5. รหัสโรคและรหัสหัตถการ อยู่ในสูตรยาและโปรโตคอลที่ขอรับค่าใช้จ่าย

## เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย

- ในกรณีที่ให้บริการรังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัดตามโปรโตคอล สามารถขอรับการชดเชยได้ทั้ง 2 รายการ
- กรณีรังสีวางแผนและรังสีรักษาสามารถขอรับการชดเชยได้ทั้ง 2 รายการ

## เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย (ต่อ)

- กรณีการรักษาแบบ **Palliative care** หน่วยบริการจะต้อง....
- **สปสช.** จะทำการ **Pre Authorize** สำหรับการให้รักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ในหน่วยบริการ 4 สาขาเขต สปสช. ดังนี้
  1. อุดรธานี
  2. อุบลราชธานี
  3. ขอนแก่น
  4. เชียงใหม่



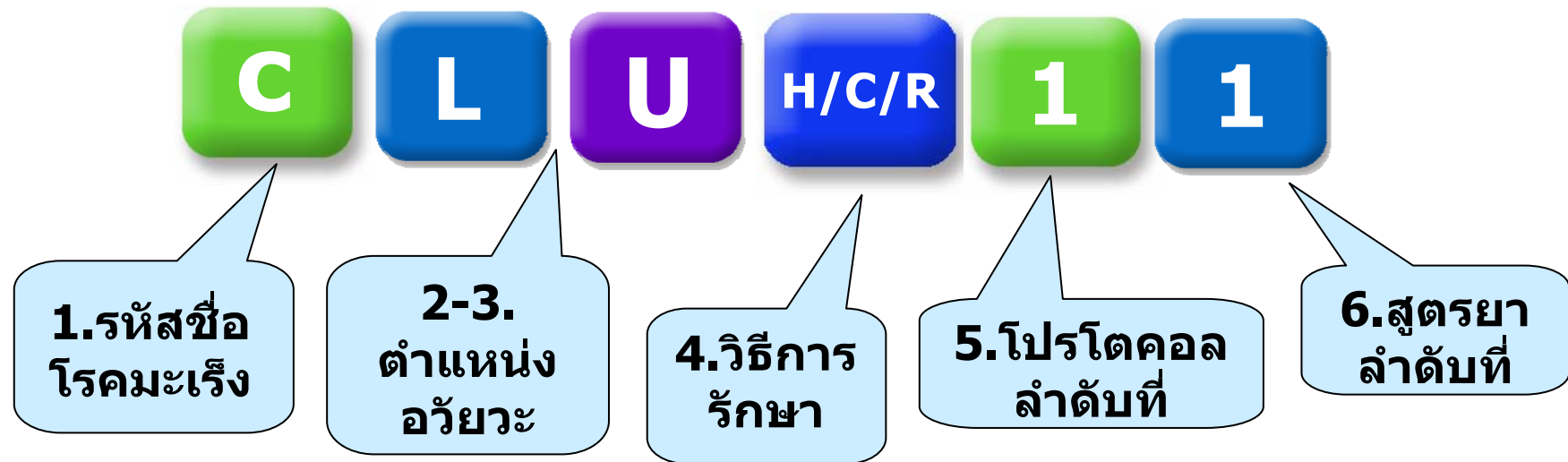
# อัตราการจ่ายเงินชดเชย

## การส่งข้อมูลและรหัสการขอรับค่าใช้จ่าย



- บันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-Claim โดยเลือกข้อมูลสำคัญให้สัมพันธ์กันดังนี้
  1. ประเภทโรคมะเร็ง
  2. โปรโตคอลที่รักษา
  3. สูตรยาที่รักษา
  4. รหัสที่เบิก
- ส่งข้อมูลได้ก็ต่อเมื่อมีการรักษาจนครบ Cycle แล้วเท่านั้น ยกเว้น เสียชีวิต หรือOFFสูตรยา

# รหัสการเบิกจ่ายโรคมะเร็งตามโปรโตคอลต่าง ๆ



การบันทึกรหัสการเบิกจ่าย (เรียงลำดับจากหน้าไปหลัง) *รหัส 6 ตำแหน่ง*

1. ชื่อมะเร็ง (**Cancer**)
- 2-3. ชื่อโรคตามอวัยวะที่เกิดโรค (เช่น **Lung, Breast, Cervix**)
4. วิธีการรักษา ได้แก่ ยาเคมีบำบัด (**Chemo**), ฮอร์โมน (**Hormone**) หรือ ฉายแสง (**Radiation**)
5. เลขลำดับ Protocol (**1..2..3..4..5..6..**)
6. เลขลำดับสูตรยา (**1..2..3..4..5..6..**)

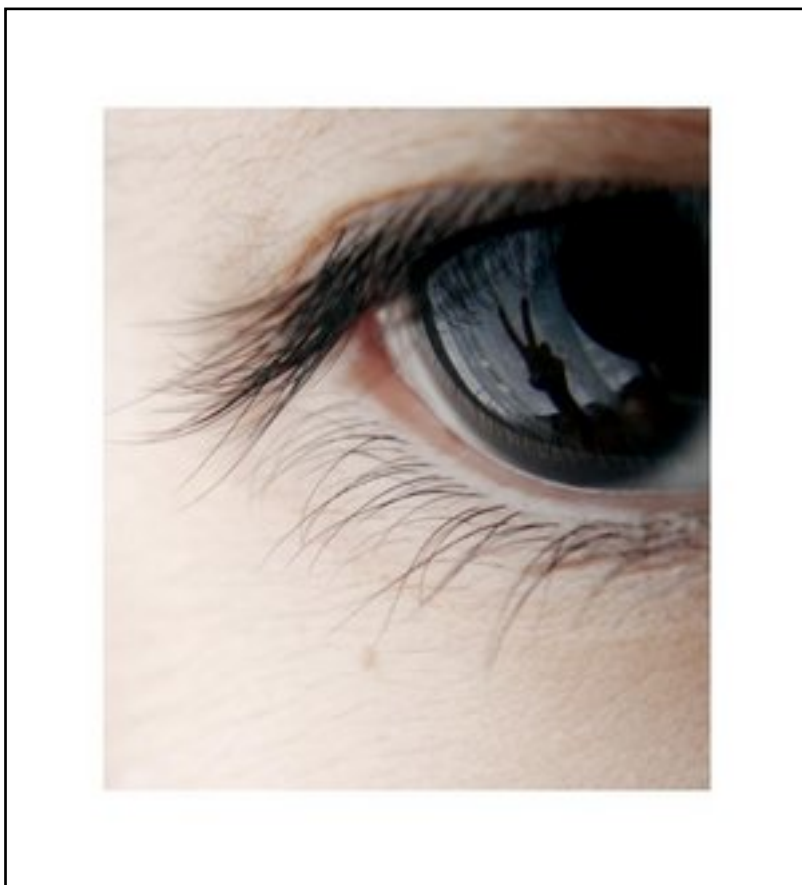
## ปัญหาที่พบกรณีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูง

- ขอให้จ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายอื่น ๆ กรณีต้นสังกัดตามจ่ายที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่าย OP HC จากกองทุนกลางทั้งหมด ไม่ควรให้เรียกเก็บไปที่หน่วยบริการประจำอีก เพราะจะสร้างความยุ่งยากในการบริหารจัดการ
- การจ่ายเงิน Hyperbaric oxygen therapy ควรครอบคลุมไปถึงวิธีการรักษาอื่น ๆ ด้วย **ไม่ควร** จำกัดเฉพาะ Decompressive sickness

## ปัญหาที่พบกรณีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูง (ต่อ)

- กรณีอุปกรณและอวัยวะเทียม มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าการจัดซื้อ มีการดำเนินการแก้ไขข้อความในประกาศบริหารกองทุนปี 53 และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้อำนาจ สปสช.ในการประกาศลดราคาอุปกรณ์

WARNING	DESCR	YEAR	FUNDCODE
D01C	- มีการเบิกจ่ายในโครงการบริหารโรคเฉพาะ	2008	INST
I08W	- เบิกข้อเช่าเหมาจากองค์การเภสัชกรรม	2008	INST
I09W	- รอจ่ายอุปกรณ์	2009	INST
W01	-เบิกค่าใช้จ่ายสูง ( 3 รายการ ) แต่ไม่มี ICD 10 และ ICD 9CM หรือกลุ่ม DRG ที่ให้โปรแกรมตรวจสอบ	2006	ALL
W02	- จำนวนวันนอน (LOS) เทียบกับวันนอนมาตรฐานในกลุ่มโรค (DRG) นั้น มีค่ามากเป็น 2 เท่า	2006	Ipnormal,IPPUC,IPRW,I PHC1,IPAE,ART7RF
W03	-หน่วยบริการให้บริการผู้มีสิทธิว่าง	2006	ALL
W04	-ค่า RW > = 4 , จำนวนวันนอน=0 วัน และมีชนิดการจำหน่าย ( discharge type ) คือจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต	2006	ALL
W08	- IP มียอดเรียกเก็บน้อยกว่า 10,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 20 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W09	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท แต่ไม่เกิน 50,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 10 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W10	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 5 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W11	- IP มียอดเรียกเก็บมากกว่า 100,000 บาท และจ่ายชดเชยมากกว่า 4 เท่าของวงเงินเรียกเก็บ	2006	ALL
W12	- ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก	2006	INST
W13	- ICD-10/ICD-9CM/กลุ่ม DRG ไม่เข้าเกณฑ์จ่ายชดเชย	2006	IP7SSS,IPFLU
W14	- จำนวนเงินค่ารถ เกิน 2,000 บาท หรือ บันทึกรหัสหน่วยบริการรับส่งต่อไม่ถูกต้อง	2007	CARAE,CARREF,CARREF -PUC
W15	- รอผลการ Audit	2008	ALL
W16	- จำนวนชั่วโมงมากกว่า LOS	2009	IPHC



# ต้อตม