



แนวทาง

การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ร่วม 3 กองทุน ปี 2566

กรมบัญชีกลาง

สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ร่วม 3 กองทุน
ปี 2566**

กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2566

สนับสนุนการพิมพ์เผยแพร่ โดย

ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

พิมพ์ครั้งที่ 1

มกราคม 2567 จำนวน 6,000 เล่ม

กองบรรณาธิการ

คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชย
ค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง
3 กองทุน

ประสานการพิมพ์และเผยแพร่

ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ออกแบบปกและรูปเล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด
59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140
โทรศัพท์: +66 (0) 2903-8257-9
โทรสาร: +66 (0) 2921-4587



คำนำ

ตามที่คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2563 ขึ้น โดยได้จัดสรรคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2563 ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในระบบบริการของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี 2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันแต่ละกองทุนได้มีการปรับปรุงระเบียบ หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ มีแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพที่เป็นปัจจุบันตามระเบียบ หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้องของทั้ง 3 กองทุน ใช้เป็นคู่มือเพื่อเตรียมการรองรับการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ และเพื่อให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน โดยการบริหารงานของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 สหัตถ์มุ่งเน้นให้การดูแลผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม ทั้งนี้กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ดังนั้น เพื่อให้การเรียกเก็บและการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับสถานพยาบาล หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษาพยาบาล เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามระเบียบ หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้อง ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ จึงได้ร่วมกันปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2566 ขึ้น เพื่อให้สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบฯ ที่ได้ร่วมให้คำปรึกษาและแนะนำการปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบครั้งนี้ โดยคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะได้ใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระบบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขต่อไป

คณะผู้จัดทำ
ธันวาคม 2566



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
สารบัญ	4
หลักการและเหตุผล	7
กำหนดนิยาม	7
วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน	8
ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน	8
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายใน(หลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข/ค่าบริการทางการแพทย์) ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ	9
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายใน(หลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข/ค่าบริการทางการแพทย์) แบบเรียกตรวจส่วนกลางหรือรวมศูนย์	10
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน	11
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน	13
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก	18
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก	21
แนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ	23
ภาคผนวก	34
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน	35
• พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	35
• ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499	35
• ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสารและการใช้เอกสารปลอม	36
• ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๖๔	37
• ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ.๒๕๖๕	48
• ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๑	57
• ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔	63

ภาคผนวก_กรมบัญชีกลาง	64
• กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	65
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูงสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิอื่น ๆ ที่ใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ	70
• แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	72
• ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	74
• ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	75
ภาคผนวก_สำนักงานประกันสังคม	77
• ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนและการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. 2561	78
• ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ลงวันที่ 21 มกราคม 2563)	84
• ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ลงวันที่ 21 มกราคม 2563 (ปรับอัตรา ลงวันที่ 19 เมษายน 2566))	86
• ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม (ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565)	94
• ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม (ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2566)	100
• ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	97
• แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (บังคับใช้ 1 มกราคม 2561)	107
• กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาและทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและโรคที่มีภาระเสี่ยง (ใหม่)	109

ภาคผนวก_สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	110
• พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	111
• ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	117
• ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560	121
• ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565	125
• ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2557	127
• ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว พ.ศ. 2560	129
• แนวปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามระบบ National Clearing House	149
• ขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	154
• ขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบ ณ รวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	155
• ขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	156
• เว็บไซต์รวมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	157
• รายชื่อผู้ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2566	158



แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

ระบบตรวจสอบทางการแพทย์ เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล ประชาชนผู้รับบริการ และกองทุนต่างๆ ในการชดเชยค่าบริการต่อสถานพยาบาลในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน อีกทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งผลต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน ดังนั้น เพื่อลดภาระของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการบริหารจัดการเวชระเบียนเพื่อรองรับการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 3 กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน กำหนดนิยามดังนี้

3 กองทุน หรือกองทุน หมายถึง สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการกำกับให้การเบิกจ่ายค่าบริการยาพยาบาลเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน สภากาชาดไทย สถานพยาบาล / สถานบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานพยาบาล / สถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ตามที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ค่าบริการสาธารณสุข หรือค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนประกันสังคมจ่ายชดเชยค่าบริการรักษายาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ และกรมบัญชีกลางจ่ายค่าบริการรักษายาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ตามที่กองทุนและกรมบัญชีกลางกำหนด

● **ผู้ป่วยใน** หมายถึง ผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยที่มีสถานะการจำหน่ายเป็นตาย หรือส่งต่อ หรือปฏิเสธการรักษา หรือหนีกลับ

● **ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหรือผู้ป่วยบริการสาธารณสุขในแผนกต่าง ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ โดยไม่เป็นไปตามนิยามผู้ป่วยใน

หมายเหตุ กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ได้แก่

1. กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnosis procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
 2. กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
 3. กรณีรับไว้ในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
 4. กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น
 5. กรณีนัดมาทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน ไม่ต้องวางยาทางวิสัญญีและไม่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าติดตามหลังทำหัตถการนาน เช่น การทำเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ต้นในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ
- ทั้งนี้ หากมีความจำเป็น ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ บันทึกเหตุผลความจำเป็นในเวชระเบียน

วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

1. เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ
3. เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการให้มีความถูกต้อง
4. พัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน

ภายหลังที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต่าง ๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของประกาศหรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบหน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว เมื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการรับทราบและยอมรับผลการตรวจสอบ หรือกรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบ ทั้งนี้ กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนี้

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

กองทุนแจ้งรายการเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบแก่สถานพยาบาล
หรือหน่วยบริการล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ ก่อนการตรวจสอบ

ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

สรุปแจ้งผลการตรวจสอบเบื้องต้นแก่ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

กองทุนรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ สถานพยาบาล
หรือหน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ*

กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการ
ตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนดภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล**

หมายเหตุ * ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน
ในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

** การดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตาม
รายละเอียดในภาคผนวก

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข / ค่าบริการทางการแพทย์) แบบเรียกตรวจสอบส่วนกลางหรือรวมศูนย์

กองทุนแจ้งรายการเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบแก่สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการและกำหนดให้จัดส่งภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับแจ้ง



ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน แบบรวมศูนย์ / ระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ ของแต่ละกองทุน* เช่น eMA / PPFS / EMRA / EAudit



กองทุนรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนภายใน 30 วันทำการ* หลังการตรวจสอบ



กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนดภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล**

หมายเหตุ * ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน ในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

** การดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตามรายละเอียดในภาคผนวก



หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (patient's profile)
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)
3. แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย
4. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น
5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ของแพทย์
6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order)
7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (consultation record) (ถ้ามี)
8. แบบบันทึกกวิสัญญี (anesthetic record) (ถ้ามี)
9. แบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)
10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (labour record) (ถ้ามี)
11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น
12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการกายภาพบำบัด (rehabilitation record) (ถ้ามี)
13. แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurses 's note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
14. แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)
15. แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด intake-output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น
16. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษาต้องมีบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

17. กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

17.1 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2 กรณีรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิกจ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้น ๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาการขอทบทวนเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบค่าใช้จ่ายถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เช่นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน



แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่น โรคเรื้อรัง กรณี emergency claim online เป็นต้น
2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้
 - 2.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้
 - 2.2 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียกข้อร้องเรียนจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้
 - 2.3 กรณีแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ไม่มีการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ รายละเอียดการรักษาทั้งฉบับ รวมทั้งกรณีไม่มีการสรุปโรคหลัก หรือสรุปด้วยดินสอดสีทั้งหมด ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาล ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้
 - 2.4 การสรุปรหัสโรคและรหัสหัตถการ ในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)
 - 2.4.1 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือการทำหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 โดยไม่มีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น
 - 2.4.2 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 และมีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย แต่คำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการที่ระบุดังกล่าวไม่สามารถระบุโรคหรือหัตถการได้ ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น
 - 2.4.3 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการด้วยดินสอดสีให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการนั้น
 - 2.5 การลงนามการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่า เวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้
 - 2.6 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

2.7 กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้ หากมีการบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม (โดยลายมือ) ต้องมีการลงนามรับรองโดยแพทย์ตรงตำแหน่งที่มีการเพิ่มเติม แก้ไขจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าข้อความที่มีการเพิ่มเติมแก้ไขไม่สามารถนำมาพิจารณาได้

3. กรณีบันทึก clinical summary ต้องบันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา หรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้อำนวยการ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย จึงจะเชื่อถือได้และนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

4. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note)

4.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วยใน (admission note) หรือพบแต่ไม่มีการบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายใด ๆ ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้

4.2 กรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

5. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เกสเซอร์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

6. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้ง ที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

7. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

7.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีบันทึกในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (operative procedure) และต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ หากมีบันทึกเพียงชื่อโรคและชื่อหัตถการในเอกสาร หรือไม่พบการลงนามของแพทย์ ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ

7.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการ ที่ระบุข้อมูล รายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ และหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

7.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกขั้นตอนการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนด้วยลายมือเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

8. ตรวจสอบ anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

9. ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) ได้แก่ body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake / output ในรูปแบบต่าง ๆ ของการพยาบาล

10. ตรวจสอบรายละเอียดของ nurses' note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยา / สารเลือด เช่น ยา streptokinase, chemotherapy, blood transfusion เป็นต้น ว่ามีการให้ยา / สารเลือด กับผู้ป่วยจริงหรือไม่ ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยา (medication sheet) หลักฐานว่ามีการให้ยา / สารเลือด และพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ

11. การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เข้ารับรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurses' note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses' note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในแต่ละครั้งนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)

12. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรับผู้ป่วยไว้ในอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น การบันทึกเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ โดยไม่พบคำวินิจฉัยโรค จะถือว่าเป็นเพียงการบันทึกค่าผลตรวจ โดยไม่มีการแปลผลและวินิจฉัยโรค

กรณีผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะ active cancer treatment เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคมะเร็งด้วย chemotherapy หรือ immunotherapy หรือรังสีรักษา หรือ supportive treatment ต้องพบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็น official report หรือบันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอก รายงานผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษา ที่บอกรายละเอียดชนิด / ตำแหน่ง / การรักษา / ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา และสามารถสืบค้นประวัติการรักษาได้

หมายเหตุ กรณีผู้ตรวจสอบพบบันทึกเพียง underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น

13. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor’s order จึงจะถือว่ามี การรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น กรณีที่หน่วยบริการใช้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (medication reconcile) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา จึงสามารถนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นกรให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่มีการดูแลรักษาในการ admit ครั้งนั้น

14. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

15. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและเหตุการณ์เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรรใช้คำย่อที่ไม่สากล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การสรุปโรคและเหตุการณ์รวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือเหตุการณ์ได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

16. กรณีโรคเดิม underlying disease ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกเป็น problem list หรือ provision diagnosis ใน admission note, progress note, operative note, clinical summary เป็นต้น ในกรณีที่ไม่มีบันทึกการประเมินว่ายังเป็นปัญหาในการรักษาในครั้งนั้น จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย

17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษาลิ้นสุดการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 – 2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้งในผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาเป็นชุด ๆ และต่อเนื่องกันหลายวัน เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่าผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อ

ที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษาของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามสิทธิ์ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

18. การตรวจสอบจะใช้เอกสาร หลักฐาน เวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการขอทบทวน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อตกทั้งให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)

19. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของเวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ

20. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

21. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของหน่วยบริการนั้น

ข้อตกลงการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน กรณี coding audit

1. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุนให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
2. Standard coding guideline edition ตามประกาศของแต่ละปี
3. หนังสือ ICD 10 WHO, TM, ICD 9 CM ตามประกาศของแต่ละปี
4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศของแต่ละปี
5. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562



หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้น ๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ได้แก่ เอกสารหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (patient's profile) และประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี หรือตามที่กองทุนเรียกตรวจ ทั้งนี้กรณีบริการที่ถูกเรียกตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เอกสารหลักฐานที่จัดส่งเพื่อการตรวจสอบต้องปรากฏชื่อหรือรหัสของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

1.2 รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac marker ฯลฯ ตามระยะเวลาที่เรียกตรวจในข้อ 1

1.3 รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา official report โดยรังสีแพทย์ และหรือภาพถ่ายรังสี

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และผลการตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการอื่น

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือ ใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น

1.5.1 กรณีที่มีการเบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่อ้างอิงระเบียบของกรมบัญชีกลาง ต้องระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีในเวชระเบียน ทั้งนี้กรณีที่มีการเบิกด้วยระบบใบเสร็จ ต้องมีหนังสือรับรองการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5.2 กรณีการใ้ยาราคาแพงที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขอนุมัติการสั่งใ้ยา (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใ้ยา จ.2 ต้องมีหนังสืออนุมัติการใ้ยา จ.2

1.5.4 รายละเอียดยาอื่น ๆ ตามแต่ละกองทุนกำหนด

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานการให้บริการประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การนวดแผนไทย การบริการด้านจิตเวช การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เช่น HD sheet, hemodialysis prescription หรือเอกสารอื่น ๆ ตามที่ ทรต. กำหนด เป็นต้น) และการบริการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurses' note medication record บันทึกการให้เลือดและใบคล้องเลือด เป็นต้น

1.9 กรณีที่มีการรับเข้านอน รพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับใน รพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.10 กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

1) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน เช่น ภาพเอกซเรย์หลังการทำหัตถการ และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)

2) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหรือหลักฐานการลงนามรับ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG / protocol / standing order กำกับ ของแต่ละสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถ ตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถ ทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่แยกรายหมวดและรหัสรายการ หรือ ใบส่งยาหรือใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากผู้ป่วย หรือใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษา นอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อการรักษา (กรณีรับและส่งต่อ) เช่น ใบส่งต่อการรักษา (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่น ๆ เช่น ผลการตรวจจริงสีวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจ วินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

3.3 กรณีที่มีการส่งต่อ หรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม จะต้องมีหลักฐานการได้รับบริการ หรือการตอบรับ จากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ หรือใบเสร็จรับเงินที่มีชื่อ – นามสกุล และหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) รวมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี) ได้แก่ ใบส่งต่อการรักษา (refer) หรือ หลักฐานการใช้นานพาหนะ เช่น ใบขออนุญาตหรือใบอนุญาตใช้นานพาหนะ หรือหลักฐานการให้การรักษานอกสถานพยาบาล การเฝ้าสังเกตอาการบนยานพาหนะของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

5. เอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา ทั้งนี้กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษาโดยแพทย์ ต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น พบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (น.พ.) แพทย์หญิง (พ.ญ.) หรือมีเลข ว. วิชชีพกำกับ หรือสามารถตรวจสอบชื่อ-สกุล ได้จากฐานข้อมูลแพทยสภา สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องสามารถชี้แจงได้ว่าบุคคลที่บันทึกนั้นเป็นแพทย์ เป็นต้น

6. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

6.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ แล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษา ในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อขอทบทวนให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน

6.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน

6.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่สามารถส่งเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ เพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ เพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เช่นรับรองการชี้แจงดังกล่าว



แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการสาธารณสุขหรือค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน ทุกรายการค่าใช้จ่าย ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (diagnosis) หรืออาการ หรือ อาการแสดง ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การซักประวัติ อาการผู้ป่วย การตรวจร่างกาย บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรคนั้น ๆ

กรณีของโรคเดิม โรคเรื้อรัง ที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เป็นต้น

2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกคำสั่งการให้การรักษาของแพทย์และแพทย์ลงนามกำกับและสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลหรือคำสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับ โดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 กรณีที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัย ตาม CPG / protocol ต้องแสดงหลักฐาน CPG / protocol ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ ทั้งนี้ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และหรือบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ serial number หรือ sticker เป็นต้น

4. การบันทึกเอกสารหลักฐานในเวชระเบียน กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษา โดยแพทย์ ต้องสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น พบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (น.พ.) แพทย์หญิง (พ.ญ.) หรือ มีเลข ว. วิชาชีวกำกับ หรือสามารถตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ได้จากฐานข้อมูลแพทยสภา สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ ต้องสามารถชี้แจงได้ว่าบุคคลที่บันทึกนั้นเป็นแพทย์ เป็นต้น

5. การสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

6. กรณีที่มีผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ โดยผู้ให้บริการท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

7. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

7.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

7.2 ข้อมูลชื่อ - สกุลผู้รับบริการ และหรือ HN และหรือ visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการ

7.3 ชื่อรายการ ที่มีการขอเบิกตามรายการ รวมถึง จำนวน ราคา เช่น

- ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด)

- รายการการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีการสั่งจ่าย



แนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่าย จำแนกตามหมวดรายการ

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

ค่าเตียงสังเกตอาการ / ambulatory / one day treatment สำหรับผู้ป่วยนอก ที่มาให้ยาเคมีบำบัด หรือหัตถการที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล แต่ต้องสังเกตอาการตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ให้สามารถจ่ายค่าบริการเป็นค่าห้องสังเกตอาการได้

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบคำสั่งแพทย์ให้สังเกตอาการ และ
- 2) พบบันทึกรายละเอียดการสังเกตอาการที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการหรือการรักษา โดยมีระยะเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด จนถึงแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันเดียวกัน บันทึกในเวชระเบียนหรือแบบบันทึกสังเกตอาการ (ต้องพบบันทึกหลักฐานอื่นที่ต้องรอสังเกตอาการ)
- 3) กรณีที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่สามารถหาเตียง admit จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ ต้องพบบันทึกหลักฐานอื่นที่ต้องรอสังเกตอาการมากกว่า 1 วัน

หมายเหตุ - กรณีที่มีการเบิกค่าเตียงสังเกตอาการไปแล้ว ไม่สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ (รหัส 55020) หรือ ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ (รหัส 55021) ได้อีก

- การเบิกจ่ายค่าสังเกตอาการขึ้นกับหลักเกณฑ์ของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษาและการวินิจฉัยที่มีข้อบ่งชี้ที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และเป็นไปตามลักษณะและข้อบ่งชี้แต่ละรายการ อุปกรณ์ตามประกาศของแต่ละกองทุน (รายละเอียดในเอกสารแนบของแต่ละกองทุน)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกการสั่งอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ในเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์
- 2) พบหลักฐานการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
 - กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน ภาพเอกซเรย์หลังการทำหัตถการ (ถ้ามี) และ sticker (ถ้าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์นั้นมี sticker)
 - กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหรือหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้งนั้น ไม่จ่ายค่ายากรณีที่ไม่พบบันทึกแพทย์และการลงนามแพทย์ผู้รักษา ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ณ วันที่รับบริการ แม้จะมี visit date มีบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย มีหลักฐานใบสั่งยาหรือใบรับยา
- 2) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้และจำนวนยาที่สั่งสอดคล้องกับวันนัด ในทุกครั้งที่รับบริการ (visit)
- 3) กรณีรายการยาในใบรายการค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา (ทั้งชนิดและจำนวน) ให้พิจารณาจ่ายยาในรายการและจำนวนตามคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่ง และควรระบุเหตุผลกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์
- 4) กรณีแพทย์เขียน RM (repeat medication) ต้องระบุวันเดือนปีที่ RM นั้น และต้องสามารถสืบค้นรายละเอียดของการสั่งยา เช่น ชนิด ขนาด วิธีใช้ จำนวน
- 5) กรณีมารับบริการก่อนวันนัด ซึ่งมีจำนวนยาสะสมเกินจริงที่จะใช้ได้หมดตามรอบวันนัด ให้สะสมได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องจ่ายยาสะสมเกิน 2 สัปดาห์ ให้ระบุเหตุผลอันสมควร กรณียาราคาแพงซึ่งกองทุนรับผิดชอบการจ่ายค่ายานั้น การจ่ายยาดังกล่าวให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน กรณีการเบิกจ่ายยา จ 2 ต้องเป็นไปตามแนวทางและข้อบ่งใช้ตามประกาศของคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 6) การเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามราคายาต่อหน่วย ตามประกาศ/ ระเบียบที่เกี่ยวข้องของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา

ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่จัดอยู่ในรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายหมวดอื่นแล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิ หัตถการผ่าตัดได้รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดแล้ว เช่น ไขมีด เข็มฉีดยา สายให้ออกซิเจน สำลี ถุงมือ เป็นต้น
- 2) พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรค ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้งนั้นและในวันนัดครั้งต่อไป

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุภัณฑ์ที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์
- 2) พบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
- 3) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่ใช้จริงเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว
- 4) กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ ให้จ่ายตามจำนวนที่จองและเบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

หมายเหตุ

- 1) ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1) ส่วนที่รับบริการต่อจากสภาวิชาชีพไทย เป็นรายการตรวจ NAT (nucleic acid amplification) ทุก unit แล้ว
 - 1.2) ส่วนที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องรับบริจาคเอง ราคาที่กำหนด ต้องเป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ
- 2) ราคาที่กำหนดนี้รวมถุงบรรจุโลหิตและการเตรียมส่วนประกอบโลหิตและการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อแล้ว
- 3) ราคาส่วนประกอบโลหิตชนิด leukocyte deplete ได้รวมค่า filtration set แล้ว

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ ในการส่งตรวจ
- 2) พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน
- 3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เซ็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor และค่าบริหารจัดการ (เช่น ค่าอ่านผลการตรวจของรังสีแพทย์) เป็นต้น ต้องไม่นำไปคิดรวมกับเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจครบถ้วนทุกรายการ หรือกรณีมีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2) พบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน กรณีการตรวจพิเศษด้วยคอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, PET Scan , bone density, radionuclide ต้องพบผลการตรวจหรือรายละเอียดตาม official report

3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยที่ตรวจ

หมายเหตุ

1) กรณีการตรวจ computerized tomography brain ถ้าไม่ได้ระบุเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้ราคาเป็น non contrast (NC)

2) การตรวจ computerized tomography ตามมาตรฐานเป็นการใช้สารทึบชนิด Ionic contrast media

2.1) ถ้าใช้ nonionic contrast media ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด

2.2) กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา non contrast (NC) แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา with contrast media (CM)

3) การตรวจพิเศษด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ราคาที่กำหนดไว้นี้ไม่รวม Gd – contrast ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามที่กำหนดในรายการ

4) การตรวจ ultrasound (U/S) หากพบคำสั่งแพทย์ไม่ระบุตำแหน่ง พิจารณาให้ตามรายงานผลการตรวจจากแพทย์ผู้ทำหรือรังสีแพทย์ -

5) ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการ และรายงานผลของการทำหัตถการนั้น

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ

ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา และรังสีวิทยา เช่น EKG, EMG, EEG, exercise stress test, echocardiography, audiometry เป็นต้น โดยให้รวมค่าการใช้อุปกรณ์ ค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น โดยตรงค่าบริการจัดการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์
- 2) พบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน
- 3) กรณีส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เนื่องจากไม่มีบริการตรวจของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเก็บไว้ และต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ เป็นหลักฐานในเวชระเบียนและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อประกอบการบำบัดรักษา โดยให้รวมค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นต่อการใช้ และมีปริมาณการใช้ที่แน่นอน ร่วมกับอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์นั้น ทั้งนี้การคิดค่าบริการจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการประเภทอื่น และสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราที่ชัดเจน เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ให้รวมค่าออกซิเจน) เครื่อง monitor ต่าง ๆ และค่า set ที่ใช้ในการตรวจรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) เบิกได้ตามหน่วยนับของอุปกรณ์ที่กำหนด เช่น วัน ชั่วโมง ครั้ง เป็นต้น
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
- 3) กรณีหน่วยเบิกของอุปกรณ์ที่มีอัตราการจ่ายมากกว่า 1 หน่วยนับ เช่น เป็นวัน หรือตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนด ได้แก่ ค่าออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น พิจารณา ดังนี้
 - 3.1 กรณีที่เบิกเป็นหน่วยตามจำนวนชั่วโมง ต้องพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนชั่วโมงตามประกาศแต่ละกองทุนของรายการนั้น ๆ
ตัวอย่าง เช่น 52320 ค่าออกซิเจน น้อยกว่า 8 ชั่วโมง อัตราเบิก 175 บาท
 - 3.2 กรณีที่เบิกเป็นหน่วยวัน ต้องพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องมากกว่าจำนวนชั่วโมงที่มีอัตราจ่ายขั้นต่ำกว่า ของรายการเบิกนั้นๆ และพบบันทึกการใช้อุปกรณ์อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง
ตัวอย่าง 52321 ค่าออกซิเจน ต่อวัน อัตราเบิก 450 บาท และต้องพบบันทึกระยะเวลาการใช้ อุปกรณ์อย่างน้อย 8 ชั่วโมง เนื่องจากมีอัตราการจ่ายค่าออกซิเจนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง (52320)

4) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุนโยบายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น ค่าออกซิเจน ได้รวมสายให้ออกซิเจน canular หรือ mask หรือ T-tube และอุปกรณ์ EKG monitor รวม red dot เป็นต้น

หมายเหตุ

- กรณีมีการวัด O₂ sat ที่เป็น routine จะรวมอยู่ในค่าบริการพยาบาล ในหมวด 12 ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- การวัด O₂ sat ที่เป็นการติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (monitor) ต้องบันทึกการใช้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และต้องพบบันทึกวันที่เวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดการใช้เครื่อง
- กรณีการใช้เครื่องควบคุมสารน้ำให้เบิกได้ในผู้ป่วยที่มีการสังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป หรือในกรณีมีความจำเป็น เช่น ในเด็กทารก เป็นต้น และพบบันทึก วันที่ เวลาที่เริ่มใช้และเวลาสิ้นสุดการใช้เครื่อง

หมวดที่ 11 ค่าหัตถการและวัสดุ

ค่าทำหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ รวมถึงการผ่าตัด และการทำคลอดด้วย การคิดค่าบริการให้เหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ ประกอบด้วย

- 1) ค่าอุปกรณ์ ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการนั้น ๆ เช่น ในการผ่าตัดให้รวมค่าเครื่องมือการผ่าตัด ค่าผ้าคลุม ผ้าปูต่าง ๆ ด้วย
- 2) ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ เช่น antiseptic ยาชา ที่ใช้ในการทำหัตถการ
- 3) ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น ไบมัด ไหมเย็บแผล ผ้ากอส สำลี วัสดุที่ใช้ในการปิดบาดแผล ถุงมือ เป็นต้น

ค่าวัสดุ ได้แก่ ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป ค่าบริการวางยาสลบที่ซับซ้อน ค่าบริการวางยาสลบเฉพาะแห่ง ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด

ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป การคิดค่าบริการประกอบด้วย

- 1) เครื่องดมยาสลบและวัสดุพื้นฐานที่ใช้ร่วมกับเครื่องดมยาสลบ เช่น bacteria filter ถุง และสายดูดเสมหะ ก้านออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ สารดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ เครื่อง monitor วัด vital signs อัตโนมัติ (NIBP, EKG) รวม red dot เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด ค่าใช้เครื่องช่วยหายใจ airway assisted intubation, airway nasal or oral

2) บุคลากรผู้ให้บริการวัสดุ ซึ่งประกอบด้วยวัสดุแพทย์ และวัสดุพยาบาล

3) ค่าวัสดุพื้นฐานที่ใช้ในการเปิดเส้น เช่น เข็มและชุดให้น้ำเกลือ 3-way, extension tube, syringes

ค่าบริการวางยาสลบที่ซับซ้อน การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1) ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป

2) ค่าใช้เครื่อง monitor ที่ต้องการ function การทำงานมากขึ้น ได้แก่ การ monitor pressure ได้พร้อมๆ กัน 2-3 pressure, monitor EKG พร้อมๆ กันได้ 2 lead, รวมทั้งการ monitor อุณหภูมิภายในร่างกาย 1-2 ตำแหน่ง

3) บุคลากร เพิ่มวัสดุพยาบาลอีก 1 คน

ค่าการวางยาสลบเฉพาะแห่ง (Regional block) การคิดค่าบริการประกอบด้วย

- 1) ค่า anesthetic machine
- 2) รวมค่า sterile และจัดเตรียมชุดสำหรับการทำ spinal block และ epidural block ค่าเข็ม spinal ค่าอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน และออกซิเจน

ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด (IVA) การคิดค่าบริการประกอบด้วย

- 1) ค่า anesthetic machine
- 2) รวมค่าอุปกรณ์ในการฉีดยา อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน และออกซิเจน

หมายเหตุ

- 1) ราคาที่กำหนดรวมอุปกรณ์พื้นฐานของบริการวิสัญญีชนิดนั้น ๆ เช่น การวางยาสลบเฉพาะแห่งรวมเข็มใช้ในการแทงยา และรวมถึงค่าบริการห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด
- 2) หลักเกณฑ์ในการนับเวลา ภายในหนึ่งชั่วโมงแรก ให้คิดเป็นหนึ่งชั่วโมง และชั่วโมงถัดไปคิดค่าบริการเป็นทุก 15 นาที (นับตามที่ปรากฏในใบดมยาสลบ)
- 3) กรณีเย็บแผลทั่วไป (รหัส71830) ถอดเล็บ (รหัส71831) ผ่าซีสต์ไขมันใต้ผิวหนัง (sebaceous cyst รหัส 71832) จี๋หูต (รหัส71833) ผ่าฝี (รหัส71834) ให้เบิกตามรหัสรายการที่กำหนด โดยรวมชุดเย็บ เข็ม ด้าย ไหมเย็บ 1 เส้น และยาชา (ไม่รวมไหมชนิดพิเศษ)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหรือหลักฐานการทำหัตถการ ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือวิสัญญี ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด
- 3) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การใช้เครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) acute hemodialysis รวมอุปกรณ์พื้นฐานวัสดุสิ้นเปลือง ตัวกรอง blood line เข็มแทง ยาพื้นฐาน ออกซิเจน และ monitor หรือการเย็บแผลได้รวมการค่าทำแผลแล้วไม่ให้มีการเบิกเพิ่มอีก เป็นต้น

หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์

ค่าบริการทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ส่วน

- 1) ค่าบริการพยาบาลทั่วไป คือ การพยาบาลพื้นฐานที่คิดเหมาจ่ายเป็นรายวัน ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การวัดสัญญาณชีพ การจัดยา การให้ยา การเจาะเลือด การให้เลือด การดูแลท่อและสารระบาย การส่งตรวจ การดูแลและปรับตั้งอุปกรณ์การแพทย์ การเช็ดตัว การอาบน้ำเด็กแรกเกิด การให้อาหารผ่านทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การวัดระดับสายตา (visual acuity: VA) เป็นต้น ในการนี้ราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์ / วัสดุพื้นฐานทุกอย่าง เช่น เข็มและกระบอกฉีดยาแล้ว และการคิดค่าบริการให้คิดสอดคล้องกับการคิดจำนวนวัน

2) ค่าบริการกิจกรรมพิเศษที่นอกเหนือจากค่าบริการพื้นฐาน เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ในการคิดค่าบริการให้รวมถึงค่าชุดเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐาน และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบคำสั่งแพทย์ (ยกเว้นกิจกรรมทางการแพทย์ เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น)

2) พบบันทึกทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ กรณีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของพยาบาลท่านใด และการบันทึกข้อมูลนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3) กรณีทำแผล ถ้าไม่มีการระบุลักษณะ ขนาดของแผล ให้พิจารณาจ่ายเป็นค่าทำแผลในอัตราค่าใช้จ่ายต่ำสุดและสอดคล้องกับลักษณะของบาดแผล ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายของแต่ละกองทุน ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการ ห้ามนำมาเบิกอีก ให้เป็นไปตามประกาศ / ระเบียบที่เกี่ยวข้องแต่ละกองทุน

หมายเหตุ ค่าบริการผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ

- รวมบริการพื้นฐานทั้งหมด ตั้งแต่ทำบัตร พบแพทย์ และรับยา

- ให้เบิกได้หากแพทย์เป็นผู้สั่งยาหรือการรักษากรณีญาติรับยาแทน

- ไม่ให้เบิกกรณีที่มีการนัดมาทำหัตถการต่าง ๆ โดยไม่ได้พบแพทย์ เช่น การล้างแผล การฉีดยา การทำกายภาพ การนวดแผนไทย การฟอกเลือด การตรวจเลือด หรือ X-ray เป็นต้น

- ไม่ให้เบิกในกรณีที่มีการเบิกค่าเตียงสังเกตอาการไปแล้ว (กรณีนอนตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป)

- ในกรณีที่มาใช้บริการในครั้งเดียวกัน ให้สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ (55020) หรือนอกเวลาราชการ (55021) อย่างไม่อย่างหนึ่งเท่านั้น

หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรค โดยคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึก การวินิจฉัย อาการ หรืออาการแสดง ที่ระบุตำแหน่ง ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ในเวชระเบียน โดยทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล พบการลงนาม และระบุตำแหน่ง หรือเลขใบประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ การให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด

2) มีบันทึกรายละเอียดการให้บริการรักษาทางทันตกรรม ระบุซี่ หรือ quadrant ประเภทการให้บริการ กรณีพบการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการซ้ำในตำแหน่งเดิม ต้องบันทึก treatment plan

3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของทันตแพทย์หรือทันตภิบาลท่านใด และการให้บริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

ค่าบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ค่ากายภาพบำบัด

ค่าบริการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าอาชีวบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์เพื่อส่งรักษาทางกายภาพบำบัด หรือพบบันทึกคำสั่งแพทย์รายการการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วย ควรต้องระบุแผนการรักษาเพื่อบรรลุเป้าหมาย และกำหนดระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง

2) ต้องพบบันทึกรายละเอียดการบริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน ครบถ้วนทุกรายการ พบการลงนามและระบุตำแหน่ง โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ

3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้ให้บริการ และการบริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น

ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน ตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพและการประกอบโรคศิลปะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ ดังนี้

1. ค่าบำบัดรักษาและการฟื้นฟูด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนจีน

ค่าบริการฝังเข็มและค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฝังเข็มที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตรจากหน่วยงานภาครัฐของไทย ดังนี้

1) ค่าบริการฝังเข็ม ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการฝังเข็มเพื่อการบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) ค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ และอัมพาต

หลักเกณฑ์การตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค หรือการเจ็บป่วย

2) การเบิกนั้นต้องมีใบรับรองซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องผ่านการอบรมด้านการฝังเข็มที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตรจากหน่วยงานภาครัฐของไทย หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการฝังเข็มเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

3) ต้องพบบันทึกการให้บริการฝังเข็มเพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องผ่านการอบรมด้านการฝังเข็มหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมีรายละเอียดการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง ระยะเวลาให้บริการ ทั้งนี้ต้องระบุโรค หรืออาการ และระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน

4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้างต้น ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้รายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

2. ค่าบริการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์วัสดุพื้นฐานที่ใช้ในการรักษา เช่น ค่าลูกประคบ ค่าสมุนไพร ค่าหม้อเกลือ และค่าบริการทางการแพทย์แล้ว

หลักเกณฑ์การตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2) การเบิกนั้นต้องมีใบรับรองซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

3) ต้องพบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยครบถ้วนทุกรายการต้องมีรายละเอียดการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง ระยะเวลาให้บริการ ทั้งนี้ต้องระบุโรค หรืออาการ และระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน

4) การเบิกค่ารักษาพยาบาลข้างต้น ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้รายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

หมายเหตุ

1) ค่ายาสมุนไพร หรือยาแผนไทยที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกจ่ายในหมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวด 4 ค่ายากลับบ้าน แล้วแต่กรณี โดยให้เป็นไปตามประกาศของแต่ละกองทุน

2) กรณีใบรับรองแพทย์ระบุโรคหรืออาการ และระยะเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในแต่ละรอบต้องไม่เกิน 1 เดือน และรายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามประกาศของแต่ละกองทุน

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แบ่งเป็น

1. ค่าบริการที่เบิกได้ เช่น ค่าพาหนะ

ค่าพาหนะส่งต่อ หมายถึง พาหนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรจะมีอุปกรณ์ basic life support และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วย

2. ค่าบริการที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าระดม ทำผม เป็นต้น ทั้งนี้ ค่าบริการที่เบิกได้ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายตามที่แต่ละกองทุนกำหนด

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) หลักฐานการส่งต่อ

3) หลักฐานบันทึกการใช้พาหนะส่งต่อ เช่น ใบขออนุญาต / อนุมัติใช้ยานพาหนะของสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ

ภาคผนวก

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน

1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

“ มาตรา 35 ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน ดังนี้
.....(3) จัดให้มีและรายงานหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยต้องเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ไม่น้อยกว่าห้าปีนับแต่วันที่จัดทำ....”

2. ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499

“ มาตรา 137 ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 264 ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ ผู้ใดกรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่น โดยไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้นนั้น ถ้าได้กระทำให้เอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ให้ถือว่าผู้นั้นปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน

มาตรา 265 ผู้ใดปลอมเอกสารสิทธิหรือเอกสารราชการ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งพันบาทถึงหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา 268 ผู้ใดใช้หรืออ้างเอกสารอันเกิดจากการกระทำความผิดตามมาตรา 264 มาตรา 265 มาตรา 266 หรือมาตรา 267 ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรานั้นๆ

ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคแรกเป็นผู้ปลอมเอกสารนั้น หรือเป็นผู้แจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความนั้นเองให้ลงโทษตามมาตรานี้แต่กระหนเดียว

มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสาร และการใช้เอกสารปลอม

ความผิดฐานปลอมเอกสาร

การทำเอกสารปลอม ตาม มาตรา 264 สามารถทำขึ้นมาได้ในหลายลักษณะ ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการทำปลอมขึ้นมาทั้งฉบับเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเข้าเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นการปลอมเอกสารทั้งสิ้น

1. ทำปลอมขึ้นใหม่ทั้งฉบับ หรือแต่บางส่วน คือ ทำขึ้นใหม่เหมือนเดิมทุกอย่างหรือทำขึ้นใหม่บางส่วน โดยมีเจตนาให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง และผลของการกระทำนั้นน่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน

2. เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง เช่น เติมตัวเลขในสัญญาเงินกู้ มีผลทำให้บุคคลที่กระทำมีความผิดฐานปลอมเอกสาร

3. ประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร ดังนั้น ผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้อื่นในเอกสาร หรือ สัญญาใด ๆ อาจมีความผิดฐานปลอมเอกสารได้ เนื่องจากการประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารสามารถทำให้เอกสารนั้นเป็นเอกสารปลอมได้ ดังนั้น การลงลายมือชื่อของผู้อื่นโดยที่เขาไม่อนุญาต หรือแม้แต่เจ้าของชื่อสั่งให้ลงลายมือชื่อต่อหน้าเขา ก็เป็นเอกสารปลอมได้ การลงลายมือชื่อของตัวเองจึงเป็นการดีที่สุดเพราะจะอย่างไรก็เป็นของแท้

4. กรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่น โดยไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำเพื่อนำไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใดหรือประชาชน ทั้งนี้ นอกจากจะมีการกระทำความผิดที่กล่าวข้างต้นแล้ว การกระทำความผิดดังกล่าวยังต้องมีพฤติการณ์พิเศษ คือ “โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน” ด้วย กล่าวคือ พิจารณาจากความคิดธรรมดาของบุคคลทั่วไปในฐานะเดียวกับจำเลยว่าการกระทำเช่นนี้น่าจะเกิดความเสียหายหรือไม่ โดยแม้จะไม่เกิดความเสียหายขึ้นจริงก็ถือว่ามีความผิดพิเศษตามนี้ได้

องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาพิเศษ คือ “ได้กระทำเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง” ด้วย ดังนั้นหากเป็นการทำปลอมขึ้นมาเล่นๆ ก็จะไม่เป็นความผิดฐานปลอมเอกสาร

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบในความผิดฐานปลอมเอกสารได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบครบทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1. ได้ทำการปลอมเอกสารโดยเจตนา ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งจากสี่ลักษณะดังอธิบายข้างต้น 2. ต้องมีพฤติการณ์น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน และ 3. มีเจตนาเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง

ความผิดฐานใช้เอกสารปลอม

กรณีจะต้องรับผิดชอบในความผิดฐานนี้ คือ ผู้กระทำได้ ใช้หรืออ้างเอกสารที่มีการทำปลอมขึ้น ตามที่ได้ อธิบายข้างต้น ไม่ว่าผู้นั้นจะทำปลอมขึ้นเสียเอง หรือเป็นเอกสารที่ผู้อื่นปลอมไว้ก็ตาม โดยมีพฤติการณ์ที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน จึงจะเป็นความผิด และต้องระวางโทษเช่นเดียวกับความผิดฐานปลอมเอกสาร

อย่างไรก็ดี หากผู้ใช้หรืออ้างเอกสารปลอม เป็นผู้ปลอมเอกสารขึ้นเองด้วย ให้ลงโทษในความผิดฐานใช้เอกสารปลอมนี้แต่เพียงกระทงเดียว

ข้อบังคับสภาการพยาบาล

ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. ๒๕๖๔

เพื่อให้การปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในการกระทำหรือปฏิบัติการ เกิดความชัดเจนในขอบเขตการปฏิบัติ จึงได้กำหนดข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการปฏิบัติเฉพาะสำหรับ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๒ วรรคหนึ่ง (๓) (ข) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ ตามมาตรา ๒๖ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ คณะกรรมการสภาการพยาบาล จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๕๐

หมวด ๑

บททั่วไป

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“การรักษาโรคเบื้องต้น” หมายความว่า กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาโรคและการบาดเจ็บ การป้องกันโรค รวมถึงการปฐมพยาบาล เพื่อการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วย บรรเทาความรุนแรง หรืออาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะวิกฤต

“การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า การได้รับบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที ต้องดำเนินการช่วยเหลือและการดูแลรักษาทันที และให้หมายความรวมถึง การปฐมพยาบาล การปฏิบัติและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ตั้งแต่จุดเกิดเหตุหรือจุดแรกพบผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ภูมิลำเนาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการรุนแรงขึ้นจากการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้น

“การเจ็บป่วยวิกฤต” หมายความว่า การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงถึงหรือที่มีผลต่อชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญถึงขั้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหรือพิการได้

“การปฐมพยาบาล” หมายความว่า การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย โดยดูแล เพื่อบรรเทาอาการหรือป้องกันมิให้ภาวะนั้นเลวลง หรือเพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย ก่อนได้รับการช่วยเหลือ จากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค” หมายความว่า กระบวนการที่ทำให้ร่างกายสร้าง หรือเกิดภูมิคุ้มกัน หรือมีภูมิต้านทานต่อโรคที่ต้องการ โดยการให้วัคซีน

หมวด ๒

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล

ส่วนที่ ๑

การพยาบาล

ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง กระทำการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

๕.๑ การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล การตรวจประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การควบคุมการแพร่กระจายโรค การปฐมพยาบาล การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งรายทั่วไป รายที่ยุ่ยาก ชับซ้อน หรือเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือวิกฤต

๕.๒ การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของประชาชน

๕.๓ การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุม และการแก้ปัญหาค่าความเจ็บป่วย

๕.๔ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและ/หรือแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การใช้เครื่องมือพิเศษ การติดตามผล รวมทั้งการประสานทีมสุขภาพ ในการจัดบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

๕.๕ การให้การพยาบาลที่บ้านและการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อใช้ชีวิตอย่างปกติสุขหรือสามารถจัดการวิถีชีวิตให้อยู่กับความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามศักยภาพ

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะให้ยาผู้รับบริการได้เฉพาะที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษา

หรือเมื่อเป็นการรักษาโรคเบื้องต้น หรือการปฐมพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาผู้รับบริการดังกล่าว ให้อยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

๖.๑ ห้ามให้ยา หรือสารละลายในช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง หรือสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Peripherally Inserted Central Catheter) และช่องทางอื่น ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

๖.๒ ห้ามให้ยา หรือสารละลาย หรือสารที่เกี่ยวข้องกับรังสีวินิจฉัย และยาอื่น ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ให้กระทำการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนตามแผนการพยาบาล ในกรณีที่เป็นปัญหา ยุ่งยาก ซับซ้อน หรือเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือวิกฤต จะทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้ จะต้องกระทำร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง จะให้ยาผู้รับบริการได้เฉพาะการให้ยาทางปากและยาภายนอก ตามที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาหรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล และห้ามให้ยาในชนิด และช่องทางตามที่สภาการพยาบาลประกาศตามข้อ ๖.๑ และ ๖.๒

ส่วนที่ ๒

การทำหัตถการ

ข้อ ๙ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง กระทำการพยาบาลโดยการทำให้หัตถการตามขอบเขตที่กำหนด ดังนี้

๙.๑ การทำแผล การตกแต่งบาดแผล การเย็บแผลขนาดเล็กไม่เกินชั้นเนื้อเยื่อไขมัน ใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) และไม่อยู่ในตำแหน่งซึ่งเป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย โดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ หรือการตัดไหมในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย การดูแลรักษาบาดแผลไหม้ แผลน้ำร้อนลวก หรือสารเคมี ไม่เกินระดับ ๒ ของแผลไหม้

๙.๒ การผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอม การผ่าฝี การผ่าตัดตาปลา การเลาะก้อนใต้ผิวหนัง ในบริเวณที่อยู่ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางผิวหนังหรือฉีดยาเฉพาะที่ ในการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากอวัยวะ

๙.๓ การถอดเล็บ การจี้หูดหรือจี้ตาปลา โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางผิวหนังหรือฉีดยาเฉพาะที่

๙.๔ การให้ออกซิเจน

๙.๕ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ภาวะสูญเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อค การปฐมพยาบาล หรือตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๙.๖ การให้ยา ทางปาก ทางผิวหนัง ทางหลอดเลือดดำ หรือช่องทางอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

๙.๗ การให้เลือด (Blood Transfusion) ตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๙.๘ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะ การเคาะปอด

๙.๙ การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardio pulmonary resuscitation) เพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤติของผู้ป่วย

๙.๑๐ การเช็ดตา ล้างตา (Eye irrigation) หยอดตา ป้ายตา ปิดตา หรือการล้างจมูก

๙.๑๑ การสอดใส่สายยางลงไปในกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) เพื่อให้อาหารให้ยา หรือล้างกระเพาะอาหารในรายที่กินสารพิษ หรือตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๙.๑๒ การสวนปัสสาวะ หรือการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ในรายที่ไม่มีคามผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ

๙.๑๓ การสวนทางทวารหนัก ในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้อันตราย

๙.๑๔ การตาม หรือการใส่ฝือก ชั่วคราว

๙.๑๕ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

๙.๑๖ การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำส่วนปลายหรือปลายนิ้ว หรือสารคัดหลั่งเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามข้อบังคับหรือประกาศที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

๙.๑๗ หัตถการอื่น ๆ ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

หมวด ๓

การรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

ข้อ ๑๐ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ให้กระทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ดังต่อไปนี้

๑๐.๑ ไข้ตัวร้อน

๑๐.๒ ไข้และมีผื่นหรือจุด

๑๐.๓ ไข้จับสั่น

๑๐.๔ ไอ

๑๐.๕ ปวดศีรษะ

- ๑๐.๖ ปวดเมื่อย
- ๑๐.๗ ปวดหลัง
- ๑๐.๘ ปวดเอว
- ๑๐.๙ ปวดท้อง
- ๑๐.๑๐ ท้องผูก
- ๑๐.๑๑ ท้องเดิน
- ๑๐.๑๒ คลื่นไส้อาเจียน
- ๑๐.๑๓ การอักเสบต่าง ๆ
- ๑๐.๑๔ โลหิตจาง
- ๑๐.๑๕ ดีซ่าน
- ๑๐.๑๖ โรคขาดสารอาหาร
- ๑๐.๑๗ อาหารเป็นพิษ
- ๑๐.๑๘ โรคพยาธิลำไส้
- ๑๐.๑๙ โรคบิด
- ๑๐.๒๐ โรคไข้หวัด
- ๑๐.๒๑ โรคหัด
- ๑๐.๒๒ โรคสุกใส
- ๑๐.๒๓ โรคคางทูม
- ๑๐.๒๔ โรคไอกกรน
- ๑๐.๒๕ โรคผิวหนังเห็บขา
- ๑๐.๒๖ ปวดฟัน
- ๑๐.๒๗ เหงือกอักเสบ
- ๑๐.๒๘ เจ็บตา
- ๑๐.๒๙ เจ็บหู
- ๑๐.๓๐ โรคติดต่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
- ๑๐.๓๑ ภาวะแท้งคุกคามหรือหลังแท้งแล้ว
- ๑๐.๓๒ การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคคลทั่วไป หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกและเด็ก
- ๑๐.๓๓ ความเจ็บป่วยอื่น ๆ ตามที่สภากาชาดไทยประกาศกำหนด
- ข้อ ๑๑ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ชั้นหนึ่ง ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สภากาชาดไทยประกาศกำหนด
- ๑๑.๑ การพยาบาลเฉพาะทาง
- ๑๑.๑.๑ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

- ๑๑.๑.๒ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
- ๑๑.๑.๓ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
- ๑๑.๑.๔ สาขาเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)
- ๑๑.๑.๕ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
- ๑๑.๑.๖ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ
- ๑๑.๑.๗ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
- ๑๑.๑.๘ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ
- ๑๑.๑.๙ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
- ๑๑.๑.๑๐ สาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ๑๑.๑.๑๑ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- ๑๑.๑.๑๒ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
- ๑๑.๑.๑๓ สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง
- ๑๑.๑.๑๔ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- ๑๑.๑.๑๕ การพยาบาลสาขาอื่นที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด
- ๑๑.๒ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร และได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร ที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ในสาขาต่อไปนี้
- ๑๑.๒.๑ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๑๑.๒.๒ การพยาบาลเด็ก
- ๑๑.๒.๓ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- ๑๑.๒.๔ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ
- ๑๑.๒.๕ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- ๑๑.๒.๖ การผดุงครรภ์
- ๑๑.๒.๗ การพยาบาลมารดาและทารก
- ๑๑.๒.๘ การพยาบาลสาขาอื่นที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด
- ๑๑.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ตามข้อ ๑๑.๑ และข้อ ๑๑.๒ นอกจากปฏิบัติตามข้อ ๙ และข้อ ๑๐ ได้แล้ว สามารถทำการพยาบาล การรักษาโรคเบื้องต้นและหัตถการ ในสาขาที่ผ่านการศึกา ฝึกอบรมตามข้อบังคับหรือประกาศที่สภาการพยาบาลกำหนด
- ข้อ ๑๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ต้องกระทำการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคโดย

๑๒.๑ ตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค ตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

๑๒.๒ ให้ส่งผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เมื่อปรากฏ ตรวจพบ หรือพิจารณาแล้วเห็นว่าอาการไม่บรรเทา อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคติดต่อ ที่ต้องเฝ้าความตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ หรือมีเหตุอันควรอื่น ๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา

ข้อ ๑๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาให้ใช้ยาได้ตามคู่มือการใช้ยาที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

ข้อ ๑๔ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ในการให้ภูมิคุ้มกันโรค ต้องปฏิบัติตามแนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรค ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๑๕ ต้องมีบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ อาการ และการเจ็บป่วย โรค การพยาบาล การให้การรักษา หรือการให้บริการ วันเวลาในการให้บริการ ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ตามความเป็นจริง ตามแบบของสภาการพยาบาล เก็บบันทึกและรายงาน ไว้เป็นหลักฐานเป็นเวลา ๕ ปี

หมวด ๔

การประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์

ส่วนที่ ๑

การพยาบาลก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์

ข้อ ๑๖ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ให้การผดุงครรภ์แก่หญิงและครอบครัว เมื่อต้องการมีบุตร ก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ด้วยกระบวนการ ดังนี้

๑๖.๑ การตรวจประเมินภาวะสุขภาพของหญิงและคู่สมรสเพื่อวางแผนการมีบุตร

๑๖.๒ การตรวจประเมินภาวะการตั้งครรภ์ด้วยเวชภัณฑ์ทดสอบการตั้งครรภ์

๑๖.๓ การรับฝากครรภ์

๑๖.๓.๑ การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ การสอนการปฏิบัติตนของบิดาและมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด เพื่อการเตรียมการคลอด

๑๖.๓.๒ การประเมินการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ที่อาจมีผลกระทบกับการตั้งครรภ์ การคลอด การผ่าตัดอื่นที่นอกเหนือไปจากการผ่าตัดคลอด การใช้ยา การแพทย์และอาหาร

- ๑๖.๓.๓ การประเมิน ประสิทธิภาพการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์ ผลการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง รายละเอียดการคลอด ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน
- ๑๖.๓.๔ การตรวจร่างกายทั่วไปและการประเมินภาวะโภชนาการของหญิงมีครรภ์
- ๑๖.๓.๕ การตรวจครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อประเมินภาวะของการตั้งครรภ์ และตรวจเต้านมและหัวนม เพื่อเตรียมพร้อมให้นมมารดา
- ๑๖.๓.๖ ให้ยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลตแก่หญิงมีครรภ์
- ๑๖.๓.๗ การให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก และวัคซีนอื่นตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

ข้อ ๑๗ แนะนำและส่งต่อหญิงมีครรภ์ให้ได้รับการตรวจและการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์การฝากครรภ์ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

ข้อ ๑๘ ส่งต่อหญิงมีครรภ์กลุ่มเสี่ยง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข หรือการตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) หรือส่วนนำหรือท่าของทารกในครรภ์ ผิดปกติ หรือมีภาวะความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการคลอดอื่น ๆ ให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อม เพื่อความปลอดภัยของหญิงมีครรภ์และทารก

ส่วนที่ ๒

การพยาบาลระยะคลอด

ข้อ ๑๙ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะกระทำการผดุงครรภ์ได้แต่เฉพาะรายที่ตั้งครรภ์ปกติ และคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

ข้อ ๒๐ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ให้การผดุงครรภ์หญิงมีครรภ์ ระยะก่อนคลอด ดังนี้

๒๐.๑ การประเมินหญิงมีครรภ์

๒๐.๑.๑ การประเมินประวัติการตั้งครรภ์ และประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด

๒๐.๑.๒ การตรวจทางหน้าท้องเพื่อประเมินความพร้อมในการคลอด

๒๐.๒ การตรวจประเมินทารกในครรภ์

๒๐.๒.๑ การตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

๒๐.๒.๒ ประเมินน้ำหนักร่างกายทารกในครรภ์

๒๐.๒.๓ ส่วนนำและท่าทารกในครรภ์

๒๐.๓ การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

การหดรัดตัวของมดลูก การตรวจทางช่องคลอด (PV) เพื่อประเมินการเปิดและความบางของปากมดลูก ทำของทารก การเคลื่อนของส่วนนำ การแตกของถุงน้ำคร่ำ

ข้อ ๒๑ การพยาบาล ระยะคลอด (Intrapartum)

๒๑.๑ การพยาบาลหญิงมีครรภ์ ที่ได้รับการชักนำการคลอด (Induction of labour)

๒๑.๒ การทำคลอด ในรายปกติ เตรียมทำคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดสมบูรณ์แล้ว ส่วนนำอยู่ในอุ้งเชิงกรานพร้อมคลอด ตัดฝีเย็บตามข้อบ่งชี้ การทำคลอด การดูแลทารกแรกเกิดทันที

๒๑.๓ ทำคลอดรก และเยื่อหุ้มทารกโดยใช้วิธี Modified Credé Maneuver การตรวจรกและเยื่อหุ้มรก ในรายที่รกค้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้ทำคลอดรกด้วยวิธีพวงดึงรั้งสายสะดือ (Controlled cord traction) ถ้ารกไม่คลอดให้ส่งต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทันที

๒๑.๔ การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ ในรายที่มีการฉีกขาดที่ไม่เกินระดับ ๒ (second degree tear)

๒๑.๕ การประเมินการเสียเลือด

๒๑.๖ การประเมินสัญญาณชีพ หลังคลอดทันทีและก่อนการย้ายออกจากห้องคลอด

ข้อ ๒๒ การช่วยเหลือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำคลอด ในรายที่มีการคลอดผิดปกติ เช่น การคลอดติดไหล่หน้า หรือการใช้เครื่องมือช่วยคลอดด้วยเครื่องสุญญากาศ ด้วยคีม หรือการช่วยทำผ่าตัดคลอด การช่วยทำหัตถการทางสูติกรรมที่มีความปลอดภัยต่อหญิงมีครรภ์

ข้อ ๒๓ ห้ามผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง กระทำการที่เกี่ยวกับการคลอด ดังนี้

๒๓.๑ การเจาะน้ำคร่ำ เพื่อตรวจภาวะ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (amniocentesis)

๒๓.๒ การทำคลอดที่มีความผิดปกติ เช่น คลอดทำกัน คลอดแฝด สายสะดือย้อย คลอดท่าขวาง หรือภาวะที่มีส่วนนำใหญ่กว่าช่องเชิงกราน เป็นต้น

๒๓.๓ การล้วงรก (Manual removal of placenta)

๒๓.๔ การกลับท่าของทารกในครรภ์ ทั้งภายในและภายนอกครรภ์ (internal and external version)

๒๓.๕ การใช้มือกดท้องในขณะที่ช่วยทำคลอด

๒๓.๖ การเย็บซ่อมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดระดับ ๓

๒๓.๗ การทำแท้ง

ข้อ ๒๔ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะกระทำการช่วยคลอดฉุกเฉินในรายที่มีการคลอดผิดปกติที่ไม่สามารถตรวจพบก่อนการทำคลอด และไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำการคลอดได้ภายในเวลาอันสมควร และเห็นประจักษ์ว่าถ้าปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกก็ให้ทำคลอดในรายเช่นนั้นได้ แต่ห้ามให้ใช้คีมสูง

ในการทำคลอด หรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศในการทำคลอด หรือทำการผ่าตัดในการทำคลอด หรือให้ยารัดมดลูกก่อนคลอด

ข้อ ๒๕ ในรายที่มีการตกเลือดหลังคลอดถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้รักษาอาการตกเลือดเบื้องต้นตามความจำเป็นและส่งต่อทันที

ส่วนที่ ๓

การพยาบาลมารดาและทารก ระยะเวลาหลังคลอด (Postpartum)

ข้อ ๒๖ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ให้การพยาบาลกับมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอด และหรืออาการอื่นที่อาจเกิดขึ้น

ข้อ ๒๗ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะต้องใช้ยาทำลายและป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตา หรือป้ายตาทารกแรกเกิดทันที

ข้อ ๒๘ การพยาบาลทารกแรกเกิด โดยการประเมินสัญญาณชีพ ความผิดปกติ หรือความพิการที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และให้มารดาได้สัมผัสโอบกอดทารกและเริ่มให้ดูดนมจากมารดาภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด

ข้อ ๒๙ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะต้องบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของหญิงตั้งครรภ์ การพยาบาลระยะตั้งครรภ์ การคลอด การพยาบาลหลังคลอด และการให้การบริการตามความเป็นจริง ตามแบบของสภาการพยาบาล และต้องเก็บบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน เป็นระยะเวลา ๕ ปี

ข้อ ๓๐ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ให้กระทำการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และการพยาบาลหลังคลอด ในรายตั้งครรภ์และการคลอดปกติ ในสถานพยาบาลและการเยี่ยมบ้านที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนตามแผนการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด เมื่อเป็นการทำร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ห้ามไม่ให้กระทำในกรณีที่เป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อน หรือตรวจพบความผิดปกติ

ส่วนที่ ๔

การวางแผนครอบครัวและการคัดกรองมารดาทารก

ข้อ ๓๑ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง สามารถกระทำการพยาบาล และการวางแผนครอบครัว ดังนี้

๓๑.๑ การให้คำปรึกษากับคู่สมรสในการวางแผนครอบครัว แบบวิถีธรรมชาติ/การคุมกำเนิดด้วยวิถีธรรมชาติไม่ต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์

- ๓๑.๒ การให้บริการวางแผนครอบครัวแบบใช้ยาหรือใช้อุปกรณ์
- ๓๑.๒.๑ ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraceptive pills)
- ๓๑.๒.๒ ยาฉีดคุมกำเนิด (DMPA)
- ๓๑.๒.๓ ถุงยางอนามัย
- ๓๑.๒.๔ วงแหวนคุมกำเนิด
- ๓๑.๒.๕ แผ่นแปะคุมกำเนิด/ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง
- ๓๑.๒.๖ การฝังและถอดยาคุมกำเนิด (Nor Plant)
- ๓๑.๒.๗ อื่น ๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๓๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง สามารถทำการคัดกรองมารดาทารก

- ๓๒.๑ การทำ Pap smear
- ๓๒.๒ การประเมินภาวะสุขภาพ ความผิดปกติและความพิการของทารก

ข้อ ๓๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง การให้บริการวางแผนครอบครัวแบบใช้ยาหรือใช้อุปกรณ์

- ๓๓.๑ ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraceptive pills)
- ๓๓.๒ ถุงยางอนามัย
- ๓๓.๓ วงแหวนคุมกำเนิด
- ๓๓.๔ แผ่นแปะคุมกำเนิด/ยาคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง

ส่วนที่ ๕

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่มารดา ทารก และเด็ก

ข้อ ๓๔ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะให้ภูมิคุ้มกันโรค ต้องปฏิบัติตามแนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

ข้อ ๓๕ ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ให้คำแนะนำเรื่องการเข้ารับภูมิคุ้มกันโรคและติดตามให้มารับภูมิคุ้มกันโรค

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

รองศาสตราจารย์ทัศนาศ บุญทอง

นายกสภาการพยาบาล

ประกาศสภาการพยาบาล

เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
และพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๙.๖ และข้อ ๑๓ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วย
ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยความ
เห็นชอบของคณะกรรมการสภาการพยาบาล จึงออกประกาศ ดังนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“พยาบาลวิชาชีพ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

“พยาบาลเวชปฏิบัติ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จากสถาบันที่สภาการพยาบาลให้การรับรองและได้ขึ้นทะเบียน
ไว้กับสภาการพยาบาล

ข้อ ๒ พยาบาลวิชาชีพในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่กำหนดไว้
ในข้อ ๑๐ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ หากจำเป็นต้องใช้ยา นอกจากที่ได้กำหนดไว้ในแผนการรักษา
ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ให้ใช้ยาตามที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบ ๑ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ พยาบาลเวชปฏิบัติ ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่กำหนด
ไว้ในข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ หากจำเป็นต้องใช้ยาและสารวินิจฉัย นอกจากที่กำหนดไว้ในแผนการรักษา
ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว สามารถใช้ยาและสารวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบ ๒
ท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

นายกสภาการพยาบาล

รายการยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพซึ่งไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน สามารถรักษาโรคหรือกลุ่มอาการ 32 รายการ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของข้อบังคับ สภาการพยาบาลว่าด้วย ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 หากจำเป็นต้องใช้ยา ให้ใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดตามมาตรา 13 (2) ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 โดยมีรายการยาจำนวน 52 รายการ ดังนี้

1. ยาแก้ปวดท้อง ท้องอืด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ
 - 1) ยาเม็ดลดกรด อะลูมินา – แมกนีเซียม
 - 2) ยาน้ำลดกรด อะลูมินา – แมกนีเซียม
 - 3) ยาเม็ดแก้ท้องอืด โซดาไมน์ท์
 - 4) ยาขับลม
 - 5) ยาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาธาตุน้ำแดง
 - 6) ยาน้ำแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ โซเดียมไบคาร์บอเนต
 - 7) ยาทาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ทิงเจอร์ มหาหิงค์
2. ยาแก้ท้องเสีย
 - 8) ยาแก้ท้องเสีย ผงน้ำตาลเกลือแร่
3. ยาระบาย
 - 9) ยาระบายกลีเซอรินชนิดเหน็บทวารสำหรับเด็ก
 - 10) ยาระบายกลีเซอรินชนิดเหน็บทวารสำหรับผู้ใหญ่
 - 11) ยาระบายแมกนีเซียม
 - 12) ยาระบายมะขามแขก
 - 13) ยาระบายโซเดียม คลอไรด์ ชนิดสวนทวาร
4. ยาถ่ายพยาธิไส้
 - 14) ยาถ่ายพยาธิตัวกลม มีเบนดาโซล
5. ยาบรรเทาปวด ลดไข้
 - 5.1 ยาเม็ดบรรเทาปวด ลดไข้
 - 15) พาราเซตามอล 500 มก.
 - 16) พาราเซตามอล 325 มก.
 - 5.2 ยาน้ำบรรเทาปวด ลดไข้
 - 17) พาราเซตามอล
 - 5.3 ยาบรรเทาปวดกล้ามเนื้อ
 - 18) พลาสเตอร์บรรเทาปวด

6. ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก
 - 19) คลอร์เฟนิรามีน
7. ยาแก้ไอ ขับเสมหะ
 - 20) ยาน้ำแก้ไอ ขับเสมหะสำหรับเด็ก
 - 21) ยาแก้ไอน้ำดำ
8. ยาดมหรือทาแก้วิงเวียน หน้ามืด คัดจมูก
 - 22) ยาดมแก้วิงเวียน เหล้าแอมโมเนียหอม
 - 23) ยาดมแก้วิงเวียน แก้คัดจมูก
 - 24) ยาทาระเหยบบรรเทาอาการคัดจมูกชนิดขี้ผึ้ง
9. ยาแก้ไมเกรล เมารถเรือ
 - 25) ไโดเมนไฮดริเนท
10. ยาสำหรับโรคตา
 - 26) ยาหยอดตาซัลฟาเซตาไมด์
 - 27) ยาล้างตา
11. ยาสำหรับโรคปากและคอ
 - 28) ยากวาดคอ
 - 29) ยารักษาลิ้นเป็นฝ้า เย็นเซี่ยนไวโอเล็ต
 - 30) ยาแก้ปวดฟัน
 - 31) ยาอมบรรเทาอาการระคายคอ
 - 32) ยาอมบรรเทาอาการเจ็บคอ
12. ยาใส่แผล ล้างแผล
 - 12.1 ยาใส่แผล
 - 33) ทิงเจอร์ไอโอดีน
 - 34) ทิงเจอร์ไทเมอรอล
 - 35) โพวิโดน - ไอโอดีน
 - 12.2 ยาล้างแผล
 - 36) ยาไอโซโพรพิล แอลกอฮอล์
 - 37) ยาเอทิลแอลกอฮอล์
 - 38) น้ำเกลือล้างแผล
13. ยารักษาแผลติดเชื้อ ไฟไหม้ นำร้อนลวก
 - 39) ซิลเวอร์ ซัลฟาไดอาซีน ครีม
14. ยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ แผลงัดต่อຍ
 - 40) ยาหม่อง ชนิดขี้ผึ้ง

15. ยาสำหรับโรคผิวหนัง

- 41) ยารักษาหิดเหา เบนซิลเบนโซเอต
- 42) ยารักษาหิด ซี้ฟิ่งกำมะถัน
- 43) ยารักษากลากเกลื้อน น้ำกัดเท้า
- 44) ยารักษาโรคผิวหนังเรื้อรัง
- 45) ยาทาแก้ผดผื่นคัน คาลาไมน์
- 46) ยารักษาเกลื้อน โขเดียม ไทโอซัลเฟต

16. ยาบำรุงร่างกาย

- 47) ยาเม็ดวิตามินบีรวม
- 48) ยาเม็ดวิตามินซี
- 49) ยาเม็ดบำรุงโลหิต เพอร์รัส ซัลเฟต
- 50) ยาเม็ดวิตามินรวม
- 51) น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูล
- 52) น้ำมันตับปลาชนิดน้ำ

17. อื่น ๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข หรือประกาศสภาการพยาบาล

รายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

พยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน สามารถรักษาโรคเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วย ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 หากจำเป็นต้องใช้ยา ให้ใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดตามมาตรา 13 (2) ของ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และให้ใช้ยา ตามรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากการประชุมภาคีวิชาชีพด้านสุขภาพแล้ว ในการประชุมครั้งที่ 8/2558 วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เพื่อการรักษาโรคเบื้องต้นและให้ภูมิคุ้มกันโรค โดยมีรายการยา 18 กลุ่ม และสารวินิจฉัย (Diagnostic agents) อีก 1 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 120 รายการ ซึ่งเป็นยารับประทาน และยา ทาภายนอก ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ให้ฉีดยาได้ตามที่ระบุในรายการ ดังนี้

1. ยาแก้ปวด ลดไข้และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Analgesics, Antipyretic and NSAIDs)
 - 1) Acetaminophen (Paracetamol)
 - 2) Acetyl salicylic acid (Aspirin)
 - 3) Ibuprofen
 - 4) Diclofenac
2. ยาแก้แพ้ (Antihistamines)
 - 5) Chlorpheniramine maleate
 - 6) Cetirizine
 - 7) Hydroxyzine
3. ยาแก้แพ้เฉียบพลัน / ช็อก (Drug used in Anaphylaxis / Shock)
 - 8) Epinephrine (Adrenaline) ใช้กรณีฉุกเฉินโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
4. กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ (Respiratory drugs)
 - 9) Dextromethorphan
 - 10) Brown mixture
 - 11) Scill Ammon mixt
 - 12) Guaifenesin
5. ยาระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Drugs)
 - 13) Simethicone
 - 14) Sodium bicarbonate
 - 15) Carminative mixture

- 16) Aluminum hydroxide and magnesium hydroxide
- 17) Ranitidine
- 18) Omeprazole
- 19) Dimenhydrinate
- 20) Domperidone
- 21) Hyoscine-N-butylbromide (Buscopan)
- 22) Bisacodyl
- 23) Magnesium Hydroxide (Milk of Magnesia)
6. วิตามินและเกลือแร่
 - 24) วิตามินรวม (Multivitamin)
 - 25) วิตามินบีรวม (B Complex)
 - 26) วิตามินบีหนึ่ง (Vitamin B1)
 - 27) วิตามินบีหก (Vitamin B6)
 - 28) วิตามินซี (Vitamin C)
 - 29) Oral Rehydration Salts
7. ยาบำรุงโลหิต
 - 30) Ferrous sulfate
 - 31) Folic acid
8. ยาถ่ายพยาธิ (Anthelmintic drugs)
 - 32) Albendazole
 - 33) Mebendazole
9. ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพ (Antibacterial drugs)
 - 34) Amoxicillin
 - 35) Penicillin V
 - 36) Erythromycin
 - 37) Roxithromycin
 - 38) Cotrimoxazole
 - 39) Norfloxacin
 - 40) Dicloxacillin
 - 41) Doxycycline
10. ยารัดมดลูก (Methylethergometrine)
 - 42) Methergine
 - 43) Syntocinon (ตามเกณฑ์ WHO) เฉพาะกรณีคลอดลูกเต็มที่ให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น
11. ยาทาภายนอก / ยาหยอดตา
 - 44) Triamcinolone acetonide
 - 45) Gentian violet
 - 46) Clotrimazole

- 47) Ketoconazole
- 48) Miconazole
- 49) Nystatin (cream)
- 50) Benzyl benzoate
- 51) Calamine lotion
- 52) Oxytetracycline eye ointment
- 53) Poly-Oph
- 54) Tetrahydrozoline+Antazoline (Histaoph eye drop)
- 55) น้ำตาเทียม (Artificial Tears)
- 56) Salicylic acid
- 57) Methyl salicylate
- 58) Nystatin (vaginal)
- 59) Silver nitrate

12. ยาสมุนไพรมะพร้าว

- 60) ยาอมมะแว้ง
- 61) ยาเม็ดฟ้าทลายโจร
- 62) ยาแก้ไอมะขามป้อม
- 63) ขมิ้นชัน
- 64) ยาระบายมะขามแขก
- 65) ครีมโพลีซิลิโคน
- 66) ครีมพญายอ
- 67) ว่านหางจระเข้

13. ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetics)

- 68) Lidocaine HCL (Xylocaine) 2%

14. กลุ่มน้ำยาฆ่าเชื้อ (Disinfectant and Antiseptics)

- 69) 70% / 95% Alcohol
- 70) Chlorhexidine gluconate (Hibiscrub)
- 71) Povidone iodine
- 72) Sodium hypochlorite
- 73) Chlorhexidine+Cetrimide (savlon)
- 74) 0.9% Sodium chlorite (NSS)

15. กลูโคสและสารน้ำ

- 75) 50% Glucose (กรณีฉุกเฉิน)
- 76) 5% Dextrose in 0.9 NaCl/ D5NSS (กรณีฉุกเฉิน)
- 77) 5% Dextrose in 0.45 NaCl/ D5N/2 (กรณีฉุกเฉิน)
- 78) 5% Dextrose in 0.3 NaCl/ D5N/3 (กรณีฉุกเฉิน)
- 79) Lactate Ringer's Solution (กรณีฉุกเฉิน)
- 80) 0.9% Sodium chloride / 0.9% NSS (กรณีฉุกเฉิน)

16. ยาคุมกำเนิด

16.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด

- 81) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม
- 82) ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเฉพาะโปรเจสเทอโรน

16.2 ยาฉีดคุมกำเนิด

- 83) Depot medroxy progesterone acetate (DMPA)

17. วัคซีน (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)

- 84) วัคซีน บี ซี จี ป้องกันวัณโรค (BCG)
- 85) วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B vaccine: HBV)
- 86) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ - บาดทะยัก - ไอกรน (Diphtheria, Tetanus toxoid, and Pertussis vaccine combined: DPT)
- 87) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (ไขไขสันหลังอักเสบ) (Poliomyelitis vaccine: OPV)
- 88) วัคซีนป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (Measles Mumps and Rubella vaccine: MMR)
- 89) วัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจอี (Japanese Encephalitis vaccine: JE)
- 90) Diphtheria - tetanus (dT)
- 91) Tetanus Toxoid

18. ยาที่ใช้ในกรณีให้ยาเพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์ (refill)

18.1 ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive drugs)

- 92) Hydrochlorothiazide
- 93) Propranolol, Atenolol
- 94) Enalapril
- 95) Amlodipine
- 96) Losartan

18.2 ยาเบาหวาน

- 97) Glibenclamide
- 98) Glipizide
- 99) Metformin

- 18.3 ยาลดไขมัน
 - 100) Simvastatin
 - 101) Gemfibrozil
 - 102) Fenofibrate
- 18.4 ยารักษาโรคเกาต์
 - 103) Colchicine
 - 104) Allopurinol
- 18.5 ยารักษาโรคหืด/โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 105) Salbutamol
 - 106) Terbutaline
 - 107) Theophyline Slow Release Tab
 - 108) Ipratropium+Fenoterol (Beradual)
 - 109) Budesonide
- 18.6 Antithyroid / Thyroid hormone
 - 110) Propylthiouracil
 - 111) Methimazole
 - 112) Levothyroxine Sodium
- 18.7 ยารักษาโรคหัวใจขาดเลือด
 - 113) Isosorbide dinitrate Isosorbide-5-Mononitrate
- 18.8 ยานอนหลับ ผ่อนคลายความเครียด แก้ซึมเศร้า
 - 114) Diazepam
 - 115) Amitriptyline
- 18.9 ยาไมเกรน
 - 116) Ergotamine+Caffeine (Cafergot)
- 18.10 ยาแก้วิงเวียน
 - 117) Beta histidine mesilate
- 19. กลุ่มสารวินิจฉัย (Diagnostic agents) เพื่อตรวจวินิจฉัยแยกโรคได้ มี 3 รายการ ดังนี้
 - 118) ชุดวินิจฉัยการตั้งครรภ์
 - 119) แถบตรวจหาไกลูโคสและโปรตีนในปัสสาวะ
 - 120) แถบวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว
- 20. อื่น ๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศสภาการพยาบาล

ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม อันเป็นมาตรฐานที่ดีในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่าจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่มีความรู้และความสามารถที่เหมาะสมในการให้บริการด้านวิชาชีพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ วรรคหนึ่ง (๔) (ณ) ประกอบกับมาตรา ๒๗ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ คณะกรรมการสภาเภสัชกรรมโดยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษแห่งสภาเภสัชกรรม จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๐

ข้อ ๔ ให้นายกสภาเภสัชกรรมเป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้และมีอำนาจออกประกาศเพื่อปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ได้

ในกรณีที่มีปัญหาในการตีความ หรือมีกรณีที่มีได้กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้ หรือในกรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้นายกสภาเภสัชกรรมเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด ในกรณีที่นายกสภาเภสัชกรรมเห็นสมควรอาจเสนอให้คณะกรรมการสภาเภสัชกรรมเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

คำวินิจฉัยของนายกสภาเภสัชกรรมหรือคณะกรรมการสภาเภสัชกรรม แล้วแต่กรณี ให้ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

ข้อ ๕ ให้เภสัชกรผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมกระทำการหรือปฏิบัติการในเรื่องต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับนี้

ข้อ ๖ การเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา

(๑) คัดเลือกและกำหนดมาตรฐานคุณลักษณะเฉพาะของเภสัชเคมีภัณฑ์ทั้งที่เป็นตัวยาสำคัญและตัวยาประกอบ

(๒) จัดทำมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติในการผลิตยา (Standard Operation Procedure)

(๓) พัฒนาสูตรตำรับยา

(๔) ควบคุมตรวจสอบการผลิตยาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ข้อ ๗ การเลือกสรรยา

(๑) คัดเลือก ประเมินความน่าเชื่อถือ และเสนอรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับตำรับยา เพื่อการขึ้นทะเบียนตำรับยา ในการผลิตหรือส่งนำเข้ายา

(๒) จัดทำและกำหนดมาตรฐานคุณลักษณะเฉพาะของยาสำหรับการคัดเลือกและจัดหา

(๓) นำเสนอข้อมูลด้านยาที่เกี่ยวข้องกับหลักวิชาการทางเภสัชศาสตร์แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ เพื่อการเลือกสั่งใช้ยา

(๔) ต้องให้ข้อมูลด้านยาที่ถูกต้อง เป็นกลางและมีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน เชื่อถือได้ และสอดคล้องกับระดับของการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะของผู้รับข้อมูล

ข้อ ๘ การวิเคราะห์ยา การควบคุมและประกันคุณภาพ

(๑) คัดเลือกและพัฒनावิธีการตรวจวิเคราะห์ ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

(๒) รับรองคุณภาพและผลการตรวจวิเคราะห์

(๓) ต้องใช้วิธีการวิเคราะห์ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน เชื่อถือได้

(๔) ต้องตรวจสอบหลักฐานและผลการตรวจวิเคราะห์ว่าเป็นผลจากการปฏิบัติจริง ที่ถูกต้องชัดเจน ก่อนลงนามรับรอง

(๕) ต้องตรวจสอบมาตรฐานและความเที่ยงตรงของเครื่องมือ อุปกรณ์ในการตรวจวิเคราะห์ต่าง ๆ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

(๖) ต้องจัดเก็บรักษาและส่งมอบยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อ ๙ การปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

(๑) ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนและความเหมาะสมของใบสั่งยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยาที่สั่งจ่าย

(๒) ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จะจ่าย และส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำให้กับผู้ป่วย ที่มารับบริการ

(๓) ติดตามและประเมินปัญหา เพื่อวางแผนและประสานงานกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย

(๔) ให้คำปรึกษาปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยและประชาชนที่มารับบริการ

(๕) ปรุงยา ผสมยา ตามคำสั่ง (ใบสั่ง) ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

(๖) ให้คำแนะนำ คำปรึกษา หรือข้อมูลด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ

(๗) จัดให้มีเวชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายและมีคุณภาพตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาไว้บริการ

(๘) แสดงชื่อยา ความแรง ขนาดการใช้ ที่ชัดเจนทุกครั้งที่มีการจำหน่าย จ่ายหรือส่งมอบให้กับผู้มารับบริการ

(๙) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่จ่ายหรือส่งมอบให้กับผู้มารับบริการในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

(ก) ชื่อยา

(ข) ข้อบ่งใช้

(ค) ขนาดและวิธีการใช้

(ง) ผลข้างเคียง (Side effect) (ถ้ามี) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) ที่อาจเกิดขึ้น

(จ) ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาดังกล่าว

(ฉ) การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าว

(๑๐) จัดทำรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด

(๑๑) ให้ข้อมูลด้านยาที่ถูกต้อง เป็นกลางและมีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน เชื่อถือได้

(๑๒) จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในกรณีที่พบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับ อาจก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือเป็นยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๑๐ การขายยา และการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยยา และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยา

(๑) ชักประวัติอาการเจ็บป่วย ทบทวนข้อมูลผู้ป่วย การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๒) ประเมินผู้ป่วยถึงความจำเป็นต้องใช้ยาและความเหมาะสมของยาที่จะจ่าย

(๓) จำหน่าย จ่ายหรือส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ ด้วยตนเอง

(๔) ให้คำปรึกษาปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยและประชาชนที่มารับบริการ

(๕) ติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหาด้วยยา

(๖) ประจํา ผลิตยา ตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

(๗) ต้องแสดงตนให้สาธารณชนทราบว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือใส่ชุดปฏิบัติงานตามที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด

(๘) ต้องปฏิบัติงานในสถานที่ซึ่งเหมาะสมต่อการประกอบวิชาชีพ

(๙) ต้องจัดให้มีเวชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายและมีคุณภาพตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาไว้บริการ

(๑๐) ต้องเลือกสรรยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการเพื่อจำหน่าย จ่ายหรือส่งมอบให้กับผู้มารับบริการ

(๑๑) แสดงชื่อยา ความแรง ขนาดการใช้ ที่ชัดเจนทุกครั้งที่มีการจำหน่าย จ่าย หรือส่งมอบยาให้กับผู้มารับบริการ

(๑๒) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่จำหน่าย จ่าย หรือส่งมอบให้กับผู้มารับบริการ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

(ก) ชื่อยา

(ข) ข้อบ่งใช้

(ค) ขนาดและวิธีการใช้

(ง) ผลข้างเคียง (Side Effect) (ถ้ามี) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) ที่อาจเกิดขึ้น

(จ) ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาดังกล่าว

(ฉ) การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าว

(๑๓) จัดทำรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด

(๑๔) จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในกรณีที่พบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับ อาจก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือเป็นยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

(๑๕) ต้องควบคุมไม่ให้มีการขายยาอันตราย หรือยาควบคุมพิเศษ หรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษ นอกเวลาทำการของเภสัชกรหรือขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ทำการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด

ข้อ ๑๑ การให้คำแนะนำ ปรีกษา

(๑) ให้คำแนะนำปรีกษาควบคู่กับการให้บริการด้านยาทุกครั้ง

(๒) ให้คำแนะนำปรีกษาด้านยาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการทางเภสัชศาสตร์

(๓) จัดเก็บและบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิงและวันที่เข้าถึงข้อมูลดังกล่าว

(๔) ต้องแสดงการมีส่วนร่วมได้เสียทางตรง โดยต้องแจ้งให้ทราบก่อนการให้คำแนะนำ

ปรีกษากับคณะกรรมการหรือหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงผู้รับบริการ

(๕) ต้องให้คำแนะนำปรีกษาโดยมุ่งผลประโยชน์แก่ผู้รับคำแนะนำปรีกษาเป็นอันดับแรก

(๖) ต้องแจ้งข้อจำกัดของการใช้ข้อมูล เมื่อข้อมูลเหล่านั้นมีผลกระทบต่อการใช้ข้อมูล การแปลผลข้อมูล หรือความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น จำนวนและชนิดของข้อมูลอ้างอิง ระยะเวลาที่จำกัดในการค้นข้อมูล ฐานข้อมูลที่ใช้อ้างอิง เป็นต้น

ข้อ ๑๒ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และรวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ

(๑) ดูแลให้ผู้บริโภคได้รับบริการยาและรวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นธรรมและปลอดภัยจากยาและผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่หมดอายุ หรืออาจก่อให้เกิดอันตราย

(๒) ดูแลให้ผู้บริโภคได้รับยาและรวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีคุณภาพ ไม่โฆษณาชวนเชื่อที่เกินจริง และในราคาที่เหมาะสม

(๓) ดูแลให้ผู้บริโภคได้รับยาและรวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ตามความจำเป็น และให้สามารถเลือกได้อย่างฉลาดและปลอดภัย

(๔) ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค

(๕) ร่วมเฝ้าระวัง และจัดการความเสี่ยงด้านยา รวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ

(๖) ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค และรวมถึงผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ด้วยกระบวนการให้ข้อมูลวิชาการที่มีหลักฐาน น่าเชื่อถือ เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการเลือกบริโภค ปกป้องสิทธิและพึ่งพาตนเองของผู้บริโภค

(๗) ในกรณีที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง กับการควบคุมกำกับยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ ต้องบริหารและบังคับใช้ กฎหมายบนฐานอำนาจที่กฎหมายกำหนดและองค์ความรู้ทางวิชาการ โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อ ผู้ถูกบังคับให้เหมาะสม ไม่เกินความจำเป็น รวดเร็วไม่ชักช้า ไม่ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ และ ต้องปราศจากการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือการเรียกรับผลประโยชน์

(๘) เฝ้าระวังปัญหาการบริโภค ในด้านมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การโฆษณา) มาตรฐานสถานที่ วิธีปฏิบัติที่ดีด้านต่าง ๆ รวมถึงการโฆษณา

(๙) มีกระบวนการสอบสวนทางระบาดวิทยา เพื่อหาสาเหตุ แบบแผนการกระจายของ ยาและผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับ หรือ มีโอกาสได้รับอันตรายจากยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของ ผู้ประกอบวิชาชีพโดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางระบาดวิทยา เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับประเมิน และจัดการ ความเสี่ยง

(๑๐) กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงด้านยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ

ข้อ ๑๓ การค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หรือการบริบาลทางเภสัชกรรม

(๑) ค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และรวมถึง การประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อระบุปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยแต่ละราย

(๒) แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา กรณีที่พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

(๓) ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา กรณีที่ยังไม่พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แต่ผู้ป่วยมีโอกาสหรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรจะต้องวางแผนในการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันไม่เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น

- (๔) ฝึกระวัง การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ใช้ยา
- (๕) ประเมินและติดตามผลการใช้ยา อันตรายจากการใช้ยา ในผู้ป่วยและประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และได้ผลการรักษา ที่ต้องการ
- (๖) ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีหน้าที่ ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ในการกำหนดเป้าหมายของการรักษา วางแผนการรักษา และติดตาม ผลการรักษา เพื่อให้ได้คุณภาพการรักษาตามที่ต้องการ
- (๗) ต้องจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยเน้นด้านการใช้ยาเป็นสำคัญ
- (๘) ช่วยเหลือแพทย์ในการเลือกชนิด ขนาด และรูปแบบยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงแนะนำยาชนิดอื่นทดแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่สามารถใช้ยาชนิดแรกได้
- (๙) ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การแพ้ยา และปฏิกิริยาระหว่างยา พร้อมรายงาน และเผยแพร่
- (๑๐) จัดทำโปรแกรมการประเมินการใช้ยา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายในหน่วยงาน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

นิลสุวรรณ ลีลารัศมี

นายกสภาเภสัชกรรม

ข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เกี่ยวกับการค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ประกอบกับปัจจุบันมีเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิดที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น เพื่อให้การกำหนดข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมครอบคลุมถึงการเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยปลายนิ้วเพื่อตรวจวัด ระดับสารต่าง ๆ โดยเครื่องมือแบบพกพา และการฉีดยาอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังในการสอนผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานกรณีเป็นเหตุฉุกเฉินหรือได้รับการร้องขอ จากผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปอย่างเรียบร้อย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ (๔) (ณ) และมาตรา ๒๗ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติ วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ คณะกรรมการสภาเภสัชกรรมโดยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการ ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มเติมความต่อไปนี้เป็นข้อ ๑๔ และข้อ ๑๕ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๑

“ข้อ ๑๔ การเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยปลายนิ้ว (capillary) และอาจใช้เข็มเจาะหรือไม้มัด ที่ควบคุมความลึกของการเจาะ เพื่อตรวจวัดระดับสารต่าง ๆ โดยเครื่องมือแบบพกพา เพื่อให้ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและขนาดใช้ยา

ข้อ ๑๕ การฉีดยาอินซูลินเข้าใต้ผิวหนัง”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

รองศาสตราจารย์จรรยา ลิ้มปานานนท์

นายกสภาเภสัชกรรม

ภาคผนวก

(กรมบัญชีกลาง)

กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกา

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 (ส่วนที่ 2) ที่ กค 0422.2/ ว 379 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553)
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (กรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน)

หลักเกณฑ์

หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 (ส่วนที่ 2) ที่ กค 0422.2/ ว 379 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553)
ข้อความเข้าใจการขอใช้สิทธิรับเงินค่ารักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ (ที่ กค 0422.2/ว 303 ลงวันที่ 6 กันยายน 2554)
การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในกรณีเด็กแรกเกิด (ส่วนที่ 2) ที่ กค 0422.2/ว 327 ลงวันที่ 13 กันยายน 2556)

หนังสือเวียน

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก			
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0417/ว 84	28 กันยายน 2549	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0416.4/ว 143	19 มีนาคม 2561	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0416.4/ว 332	23 กรกฎาคม 2561	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก (เพิ่มเติม)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0416.3/ว 200	26 เมษายน 2562	ข้อความเข้าใจแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก
การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)			
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0422.2/ว 112	24 มีนาคม 2554	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0431.4/ว 182	29 เมษายน 2559	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) กรณีเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 270 วัน
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0416.4/ว 1202	2 ธันวาคม 2564	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0416.4/ว 485	22 ธันวาคม 2560	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0422.2/ว 187	17 พฤษภาคม 2556	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้ 1.กรณีขอเบิกเพิ่มเติม Outlier Reimbursements schedule) 2. ค่าแยกต่างหากจาก DRS 2.1 ยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2.2 ยา ATG (Antithymocyte immunoglobulin) สำหรับผู้ป่วยไขกระดูกฝ่อรุนแรงตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2.3 ยา IVIG (Human normal immunoglobulin,intravenous) สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
คำชี้แจงป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0502/ว 76	20 มิถุนายน 2537	การเบิกเงินค่ารักษายาบาล กรณีคำชี้แจงป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
แนวทางการปฏิบัติและข้อความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
-	ที่ กค 0502/ว 6538	18 มีนาคม 2519	การเบิกค่ารักษายาบาล กรณีคำทำหมันของทั้งหญิงและชาย เบิกทางราชการได้
-	ที่ กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและข้อความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (การคุมกำเนิด) เบิกไม่ได้
การตรวจสุขภาพประจำปี			
-	ที่ กค 0526.7/ว 54	23 กรกฎาคม 2542	การใช้ใบเสร็จรับเงินรวมเป็นหลักฐานในการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี (กรณีตรวจสุขภาพเป็นหมู่คณะ)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0530.2/ว 138	4 ธันวาคม 2543	การตรวจสุขภาพประจำปี (ให้ตรวจปีงบประมาณปีละ 1 ครั้ง และให้ยื่นเบิกนับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล)
ส่วนที่ 2	ที่ กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (รายการแนบท้าย:ค่าตรวจสุขภาพประจำปี)

ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2566

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
-	ที่ กค 0417/ว 17	9 มกราคม 2550	ขอแก้ไขและซ่อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (ปรับราคาของรหัส 38302)
-	ที่ กค 0422.2/ว 362	5 ตุลาคม 2554	การปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี รายการ ค่าตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest -X-ray)
-	ที่ กค 0422.2/ว 316	16 กันยายน 2554	การตรวจภาวะโรคกระดูกพรุน
การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากประกันชีวิต			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (มาตรา 11)
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 380	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัยกรณีใช้หลักฐานการรับเงิน
-	ที่ กค 0422.2/ว 45	7 กุมภาพันธ์ 2554	ซ่อมความเข้าใจหลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัยกรณีใช้หลักฐานการรับเงิน
กรณีผู้ประสบภัยจากรถ			
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0422.2/ว 379	30 กันยายน 2553	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (มาตรา 12)
-	ที่ กค 0526.5/ว 82	25 สิงหาคม 2543	วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ประสบภัยจากรถถูกกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยหรือบริษัทประกันภัยเรียกเงินค่าเสียหายเบื้องต้นคืน
กรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 355	30 กันยายน 2554	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 12	6 มกราคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 13	6 มกราคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต
ด่วนที่สุด	ที่ กค 0416.4/ว 429	20 กรกฎาคม 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (ฉบับที่ 2)
การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	ที่ กค 0417/ว 76	27 กุมภาพันธ์ 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุข
-	ที่ กค 0422.2/ว 128	3 เมษายน 2556	การบูรณาการการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามนโยบายรัฐบาล
โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคไต (ระบบ HD)			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 84	28 กันยายน 2549	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 161	10 พฤศจิกายน 2549	การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีการส่งต่อผู้ป่วย
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 83	2 มีนาคม 2550	การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 198	6 มิถุนายน 2550	ซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและซ่อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 277	14 สิงหาคม 2552	การอนุมัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกรณีส่วนเกินค่าคลอดบุตรประกันสังคม
-	กค 0422.2/ว 97	14 มีนาคม 2555	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0431.4/ว 19	14 มกราคม 2559	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 404	14 ตุลาคม 2559	การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 146	14 เมษายน 2563	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 150	15 เมษายน 2563	การต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 450	22 กันยายน 2563	การเบิกจ่ายค่ายาหรือสารอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 130	10 มีนาคม 2564	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ 2)
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 192	10 มีนาคม 2565	การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) (CRRT) หมวด 11
ด่วนที่สุด	กค 0416.4 /ว 150	15 เมษายน 2563	การต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19
หลักเกณฑ์และอัตราการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 805	12 กรกฎาคม 2565	หลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 1095	5 กันยายน 2565	กำหนดอัตราค่าประเภผู้ป่วยนอกกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
การรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกผ่านแอปพลิเคชัน			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 367	26 มิถุนายน 2566	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกผ่านแอปพลิเคชัน

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
โครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ระบบ OCPA)		
ตัวนที่สุด	กค 0422.2/ว 442	23 ธันวาคม 2551
-	กค 0416.2/ว 91	20 มีนาคม 2560
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 34	19 มกราคม 2561
-	กค 0416.2/ว 156	23 มีนาคม 2561
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 424	20 กันยายน 2561
-	กค 0416.2/ว 448	2 ตุลาคม 2561
-	กค 0416.2/ว 85	22 กุมภาพันธ์ 2562
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 122	13 มีนาคม 2562
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 340	12 กรกฎาคม 2562
ตัวนที่สุด	กค 0416.3/ว 445	12 กันยายน 2562
-	กค 0416.2/ว 532	12 พฤศจิกายน 2562
-	กค 0416.2/ว 278	19 มิถุนายน 2563
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 442	17 กันยายน 2563
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 588	9 ธันวาคม 2563
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 1287	28 ธันวาคม 2564
-	กค 0416.2/ว 243	29 มีนาคม 2565
-	กค 0416.2/ว 693	28 มิถุนายน 2565
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 1208	28 กันยายน 2565
-	กค 0416.2/ว 1342	27 ตุลาคม 2565
-	กค 0416.2/ว 1551	20 ธันวาคม 2565
-	กค 0416.2/ว 21	10 มกราคม 2566
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 62	26 มกราคม 2566
-	กค 0416.2/ว 223	19 เมษายน 2566
โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง		
โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ระบบ OCPA)		
ตัวนที่สุด	กค 0422.2/ว 124	2 เมษายน 2553
ตัวนที่สุด	กค 0416.3/ว 444	12 กันยายน 2562
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 623	30 ธันวาคม 2563
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 166	26 มีนาคม 2564
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 1208	28 กันยายน 2565
-	กค 0416.2/ว 405	13 กรกฎาคม 2566
โครงการเบิกจ่ายตรงกลุ่มโรคไตได้อีกเสบเรื้อรัง (IBD) กลุ่มโรคตาอักเสบจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทางชนิดปกติ (Uveitis) และโรคนิวโรมัยอิลิติส ออฟตัลก้า (NMO) ที่มีค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มยา Biologic Agents		
-	กค 0416.2/ว 681	5 สิงหาคม 2564
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 1106	5 พฤศจิกายน 2564
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 476	25 พฤษภาคม 2565
ตัวนที่สุด	กค 0416.2/ว 1208	28 กันยายน 2565

ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2566

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
คำพาหนะส่งต่อผู้ป่วย			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 76	29 กุมภาพันธ์ 2555	หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกคำพาหนะส่งต่อผู้ป่วย
อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ			
หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/พิเศษ ว 2	4 ธันวาคม 2556	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หมวด 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 484	21 ธันวาคม 2560	ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
-	กค 0416.4/ว 1139	15 พฤศจิกายน 2564	การเพิ่มเติมข้อบ่งชี้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รหัส 7214 และ รหัส 7301
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 1207	28 กันยายน 2565	ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0422.2/ว 45	11 มิถุนายน 2552	แนวทางการปฏิบัติและข้อควรระวังในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 57	15 กรกฎาคม 2552	การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติและข้อควรระวังในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
-	กค 0422.2/ว 72	28 กุมภาพันธ์ 2555	ข้อควรระวังในการเบิกจ่ายยาประเภทวิตามิน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 111	24 กันยายน 2555	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 472	27 ธันวาคม 2556	แนวทางการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 353	14 พฤศจิกายน 2557	แนวปฏิบัติการส่งข้อมูลยาเพื่อประกอบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 262	29 กรกฎาคม 2558	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยารักษาโรค
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 400	11 ตุลาคม 2559	กำหนดและข้อควรระวังในการเบิกจ่ายยา (กรณีใบรับรองการสั่งใช้ยานอกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์)
-	กค 0416.2/ว 91	20 มีนาคม 2560	กำหนดและข้อควรระวังในการเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)
-	กค 0416.2/ว 389	30 สิงหาคม 2561	ข้อควรระวังในการเบิกจ่ายยา
-	กค 0416.2/ว 291	13 มิถุนายน 2562	การแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
-	กค 0416.2/ว 167	26 มีนาคม 2564	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยารักษาโรคข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 681	10 พฤศจิกายน 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจะประสานตัวเชื่อมโยงที่จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย
หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 118	29 มีนาคม 2554	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หมวด 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
-	กค 0422.2/ว 492	4 ธันวาคม 2558	ข้อควรระวังในการเบิกจ่ายค่าผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติพิเศษสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัด
-	กค 0416.2/ว 393	10 ต.ค. 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธันวาคม 2560	ขอย้ายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 มกราคม 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
-	กค 0416.2/ว 372	22 สิงหาคม 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาเพิ่มเติม
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0416.2/ว 393	10 ตุลาคม 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธันวาคม 2560	ขอย้ายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 มกราคม 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2566

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
-	กค 0416.2/ว 372	22 สิงหาคม 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เพิ่มเติม
หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 กันยายน 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
-	กค 0416.2/ว 376	7 สิงหาคม 2562	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
-	กค 0416.2/ว 442	10 กันยายน 2563	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการหมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
-	กค 0416.2/ว 146	9 มีนาคม 2566	ปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการรังสีรักษา
หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 11 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 กันยายน 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 681	10 พฤศจิกายน 2566	หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคอุปสรรคตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวันตา
หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์ยาบาล			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	ที่ กค 0417/ว 197	12 ธันวาคม 2549	อัตราค่าบริการพยาบาลทั่วไป ICU ของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (รหัส 55013 ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน)
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 435	9 กันยายน 2562	ข้อความเข้าใจการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ/นอกเวลาราชการ)
หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม			
ด่วนที่สุด	กค 0431.2/ว 246	16 มิถุนายน 2559	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 369	21 กันยายน 2559	ขอแก้ไขประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม และข้อความเข้าใจการเบิกจ่ายเพิ่มเติมและอุปกรณ์
หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการในการบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 447	12 พฤศจิกายน 2558	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น (คำนวณ)
-	กค 0416.2/ว 134	15 มีนาคม 2561	ข้อความเข้าใจการเบิกค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น
หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พฤศจิกายน 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 11	16 มกราคม 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 18	22 มกราคม 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและวิธีการนำเงินส่งคืนคลัง หมายเหตุ วิธีการนำเงินส่งคืนคลังให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 209	30 กันยายน 2553	หลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษาพยาบาลส่งคืนคลัง
-	กค 0422.3/ว 1422	11 พฤศจิกายน 2565	การมอบหมายหน่วยงานเข้าตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของสถานพยาบาล

ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2566

**ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูง
สำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.)
สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิอื่น ๆ
ที่ใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ**

โรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (Oncology Prior Authorization: OCPA) กลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease Prior Authorization : RDPA) โรคผิวหนังเรื้อรัง (Dermatology Disease Prior Authorization : DDPA) และโรคที่ต้องใช้ยากกลุ่ม Biological Agent

1. สถานพยาบาลโดยผู้อำนวยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้รักษาเพื่อลงทะเบียน
2. สถานพยาบาลส่งรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อขอ Username และ Password พร้อมกับรายชื่อ แพทย์ ผู้รักษา (ในกรณีที่ยังไม่มี Username และ Password)

3. สปสช. จัดทำ Username และ Password ส่งให้สถานพยาบาลเพื่อใช้ส่งข้อมูลในโปรแกรม

4. แพทย์ผู้รักษาส่งโปรโตคอลและสำเนาเวชระเบียนให้ตรวจสอบผ่านโปรแกรม

5. สปสช. ส่งโปรโตคอลและเวชระเบียนให้ Auditor ตรวจสอบ

6. สปสช.ส่งผลการตรวจสอบกลับให้สถานพยาบาลภายใน 7 วันทำการนับจากวันที่
สถานพยาบาลส่งข้อมูลครบถ้วน

กรณีต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยาจะต้องแจ้งในระบบ OCPA/RDPA/DDPA/BioLogic และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4-6

หมายเหตุ หากสถานพยาบาลไม่ต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยาของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนการใช้ยาไว้แล้วจะทำให้สถานพยาบาลไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลที่ส่งเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงได้ (ทุกกรณี) โดยสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) จะแจ้งรหัส F หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะแจ้งรหัส C474

การอุทธรณ์

1. กรณี OCPA/RDPA/DDPA/Biologic (สิทธิสวัสดิการข้าราชการ) ให้จัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์พร้อมกับดำเนินการขออนุมัติใช้จ่ายครั้งแรกหรือต่ออายุการใช้จ่ายของผู้ป่วยทุกรายไปยัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรง (ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุดที่ กค 0416.2/ว 1208 ลงวันที่ 28 กันยายน 2565) ภายในวันที่ 30 มิถุนายนของทุกปี (ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ 0416.3/ว 444 และที่ 0416.3 / ว 445 ลงวันที่ 12 กันยายน 2562)

2. กรณี OCPA/RDPA/DDPA/Biologic (สิทธิอื่นนอกเหนือจากสวัสดิการข้าราชการ) ขึ้นตอนให้ เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

หมายเหตุ กรณีที่มีโปรโตคอลหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2566 จะกำหนดขั้นตอนการเบิกจ่ายและการ ตรวจสอบ เวชระเบียน ตามประกาศกรมบัญชีกลาง



แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักการและเหตุผล

ภาวะไตวายเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะที่มีปัญหาด้านการบริการ อันเนื่องมาจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีชีวิตอยู่โดยปราศจากอาการต่างๆ ที่เกิดจากการคั่งของของเสียในร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ตนเองมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับมอบหมายจากกรมบัญชีกลางในการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทางอิเล็กทรอนิกส์

แนวทางปฏิบัติ

1. สปสช.ได้ดำเนินการใช้ HD โปรแกรมต่อเนื่องจาก สวรส.ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจสอบจากสถานพยาบาลเพื่อจัดส่งแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งข้อมูลประกอบด้วยดัชนีชี้วัดของการให้บริการและการรักษาตามมาตรฐานในรายบุคคล รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยและประเมินผลการรักษาโดยแพทย์เป็นระยะตามมาตรฐาน
2. จัดอบรมแพทย์ให้สามารถทำการตรวจสอบเวชระเบียนของสถานพยาบาลด้วยตนเองและจัดส่งผลการตรวจสอบตามโปรแกรมทางอิเล็กทรอนิกส์
3. สปสช. จัดรวบรวมข้อมูลรายปีเพื่อวิเคราะห์และนำมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. สถานพยาบาลได้พัฒนาระบบตรวจสอบตนเอง พัฒนาศักยภาพและข้อมูลการประเมินคุณภาพการรักษาของตนเองเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเป็นธรรม สมเหตุผล
3. กองทุนสามารถนำข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลเพื่อใช้ในระบบบริการและในเชิงนโยบาย

การเข้าร่วมโครงการ

1. สถานพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมัครเข้าโครงการด้วยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลตนเองให้ สปสช. เพื่อลงทะเบียนในระบบและสามารถเข้าใช้โปรแกรมได้
2. สปสช. และคณะแพทย์ผู้ริเริ่มโครงการจัดอบรมแนวทางการตรวจสอบการใช้โปรแกรมและการบันทึกข้อมูลแก่แพทย์ผู้ร่วมทำการตรวจสอบ

วิธีการตรวจสอบ

1. ในปีที่ 1 ของสถานพยาบาลที่เข้าโครงการ สปสช.จัดอบรมแพทย์ผู้ร่วมทำการตรวจสอบของสถานพยาบาล และร่วมตรวจสอบ บันทึกข้อมูลใน HD Program ตามหลักฐานทางเวชระเบียนของผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการรักษามาแล้วเกินกว่า 6 เดือน ของหน่วยบริการไตเทียมนั้น
2. หลังจากการตรวจสอบครั้งที่ 1 สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลใน HD Program ในเวลา 6 เดือนต่อมา
3. สปสช. จะตรวจสอบซ้ำโดยคณะแพทย์ผู้ตรวจสอบ ร่วมกับแพทย์ผู้ตรวจสอบจากสถานพยาบาล
4. ในปีที่ 2-3 สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมาย และบันทึกข้อมูลใน HD Program เพื่อติดตามผลการบริการ การรักษา การดูแลและการประเมินสภาพผู้ป่วยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ตรวจแล้วในปีที่ 1 และปีต่อ ๆ ไป



การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
(ใช้เมื่อสถานพยาบาลถูกชะลอจ่ายค่าบริการพยาบาลผู้ป่วยใน) เนื่องจากพบ
ข้อผิดพลาดในการสรุปโรค สรุปหัตถการและส่งข้อมูลเบิกค่าบริการพยาบาลไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ก่อนการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาล)

1. สปสช. ส่งข้อมูลเวชระเบียนที่คัดเลือกให้สถานพยาบาลทบทวนการสรุปโรคและหัตถการ

2. สถานพยาบาลส่งผลการทบทวนพร้อมสำเนาเวชระเบียนให้ตรวจสอบตามโปรแกรมที่กำหนด EAudit

3. สปสช. ตรวจสอบและเมื่อตรวจสอบเสร็จส่งผลการตรวจสอบให้สถานพยาบาล

เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ

ไม่เห็นด้วย

สถานพยาบาลขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบ

4.สถานพยาบาลขอแก้ไขข้อมูลผลการตรวจสอบกับ สกส./สปสช

5. สถานพยาบาลแจ้งผลการแก้ไข และส่งใบตอบรับการแก้ไขข้อมูลมายัง สปสช.

6. กรมบัญชีกลาง / สกส. / สปสช. ยกเลิกการชะลอจ่ายค่าบริการพยาบาล

ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยจะต้องระบุประเด็นและวงเงินที่ขออุทธรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานและเหตุผลประกอบให้ชัดเจน ส่งให้กรมบัญชีกลาง (บก.) พิจารณาภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการตรวจสอบ ฯ

2. บก. ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สปสช. หรือหน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

3. บก. แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ โดยหากมีเงินค่ารักษายาบาลที่สถานพยาบาลเบิกไปโดยไม่ถูกต้อง บก. จะแนบรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ New GFMS Thai และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลดำเนินการ

กรณียอมรับผลอุทธรณ์

4. สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง ตามขั้นตอนที่ บก. แจ้งตามหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ ในข้อ 3 ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ จาก บก. ทั้งนี้ บก. จะเป็นผู้นำส่งเงินในระบบ New GFMS Thai แทนสถานพยาบาล

กรณีไม่ยอมรับผลอุทธรณ์

5. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ตามข้อ 3 ให้ บก. พิจารณาภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์จาก บก.

5.1 บก. ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สปสช. หรือหน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

5.2 บก. แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ โดยหากมีเงินค่ารักษายาบาลที่สถานพยาบาลเบิกไปโดยไม่ถูกต้อง บก. จะแนบรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ New GFMS Thai และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลดำเนินการ ทั้งนี้ผลการพิจารณา คำขออุทธรณ์ในครั้งนี้ ถือเป็นที่สุด สถานพยาบาลไม่สามารถขออุทธรณ์ได้อีก

5.3 สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง โดยปฏิบัติตามข้อ 4.

หมายเหตุ

1. กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบดังกล่าวได้โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการขออุทธรณ์ข้างต้น
2. การนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลังเป็นไปตามหลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษายาบาลส่งคืนคลังที่กำหนดตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 /ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
3. กรณีกรมบัญชีกลางแจ้งผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือแจ้งผลการพิจารณาค่าขออุทธรณ์แล้ว แต่สถานพยาบาลไม่ส่งคืนเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องหรือไม่ขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหรือควรได้รับหนังสือแจ้งผลการพิจารณาค่าขออุทธรณ์ แล้วแต่กรณี กรมบัญชีกลางจะชะลอการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลในงวดถัดไปทันที

ภาคผนวก

(สำนักงานประกันสังคม)



ระเบียบสำนักงานประกันสังคม
ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน
และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เป็นไปตามความในข้อ ๑๒ (๑) แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับเพื่อให้ การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนและการจ่ายเงินค่ายาเป็นไปตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ ที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และค่ายา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ สำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล และการจ่ายเงินค่ายาแก่หน่วยงานภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ วิธีปฏิบัติใด ซึ่งมีได้กำหนดในระเบียบนี้ให้ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“ค่าบริการทางการแพทย์” หมายความว่า เงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์และ ค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตน

“ค่ายา” หมายความว่า เงินค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) หรือค่ายาต้านไวรัสเอดส์

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายความว่า สถานพยาบาลที่นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงาน กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“เลขธิการ” หมายความว่า เลขธิการสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยวิธีเหมาจ่าย ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้ กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลโดยให้จ่ายภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง เป็นรายเดือนๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละสิบห้า ของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้ายของเดือน ก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงาน ได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการไปรับบริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตน โดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวน ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้อง จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสามเดือน นับแต่เดือน ที่มีการจ่ายเงิน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณี โรคที่มีภาวะเสี่ยงตามอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งงบประมาณเป็นสองส่วน ส่วนที่ ๑ แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่าๆ กัน จำนวนสิบเอ็ดงวด ส่วนที่ ๒ จ่ายเป็นงวดที่ ๑๒ และให้จ่ายเงินภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ ดังนี้

งวดที่ ๑ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยงงวดที่ ๑ ที่จ่ายให้ สถานพยาบาล

งวดที่ ๒ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และนำเงินค่าบริการ ทางการแพทย์งวดที่ ๑ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยงงวดที่ ๒ ที่จ่ายให้ สถานพยาบาล

งวดที่ ๓ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และนำเงินค่าบริการ ทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๒ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยงงวดที่ ๓ ที่จ่ายให้ สถานพยาบาล

งวดที่ ๔ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และนำเงินค่าบริการ ทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๓ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยงงวดที่ ๔ ที่จ่ายให้ สถานพยาบาล

งวดที่ ๕ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม และนำเงินค่าบริการ

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง การกำหนดสัดส่วนงบประมาณระหว่างส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ หรือการกำหนดสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งคะแนนโรคเรื้อรังแต่ละโรค เพื่อคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ให้สำนักงานพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

สำหรับปีที่สำนักงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ใช้ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ทำให้ต้องขยายระยะเวลาการส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ให้คำนวณคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก และน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของปีก่อนหน้า และใช้ข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยตามปีที่จ่าย ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลเป็นรายเดือนไปก่อน และเมื่อได้รับข้อมูลปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑ สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนของปีที่จ่าย ด้วยอัตราร้อยละสี่สิบห้าของอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว ให้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑

ข้อ ๘ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์การให้บริการที่ดี ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนและตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

(ก) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

(ข) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) และประเภทการจำหน่าย (Discharge type) ผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๙ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Related Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์รวมจนถึงเดือนธันวาคม เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์เหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดสถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่ายาตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

ข้อ ๑๑ ในกรณีสำนักงานได้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อต่อมาในภายหลังจากการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน และการคำนวณพบว่าสำนักงานได้จ่ายเงินเกินกว่าจำนวนเงินซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริง ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งมอบหมายเป็นผู้พิจารณาปรับปรุงหลักเกณฑ์จำนวนเงินที่ขาดหรือเกินในเดือนถัดจากเดือนที่มีการคิดคำนวณหรือดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาล หรือจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจากสำนักงาน

กรณีพบว่าสำนักงานต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในสามสิบวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๒ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับตามอัตราที่กรมบัญชีกลาง ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่ส่งให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเกินกว่าห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement : ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบ ของค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) และให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์ออกประกาศแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณี ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนหรือจ่ายเงินค่ายา ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่มีการแก้ไขปรับปรุงดังกล่าวแล้ว

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนวันที่ระเบียบ ฉบับนี้ใช้บังคับจนครบตามจำนวนที่สำนักงานต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยห้าสิบบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่น ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้อัตราเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปี ในอัตราเจ็ดร้อยสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้าย ประกาศฉบับนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายชาติธิ์ บานชัน)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖ โดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันแปดร้อยแปดบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่ง ในอัตราสี่ร้อยห้าสิบบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

พลตำรวจโท

(ธนา ชูระเจน)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระ
กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรัง ดังนี้

- (๑) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
- (๒) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- (๓) โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic hepatitis, Cirrhosis of liver)
- (๔) โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- (๕) โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular accident)
- (๖) โรคมะเร็ง (Malignancy)
- (๗) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- (๘) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)
- (๙) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)
- (๑๐) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)
- (๑๑) โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis)
- (๑๒) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)
- (๑๓) โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple sclerosis)
- (๑๔) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
- (๑๕) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)
- (๑๖) โรคต้อหิน (Glaucoma)
- (๑๗) โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic syndrome)
- (๑๘) โรคลูปัส (SLE)
- (๑๙) โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic anemia)
- (๒๐) โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- (๒๑) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- (๒๒) โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F๒๐ - F๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณ
ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups:DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน
(Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม เป็นการลดระยะเวลาการรอคอย ลดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการของโรคมมีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งช่วยลดระยะเวลาในการพักฟื้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ประกันตนสามารถกลับไปทำงานได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน ด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- (๒) การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก
- (๓) การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง
- (๕) หัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด

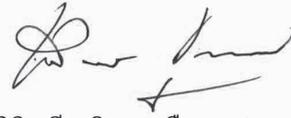
การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๔) จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตราหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

การทำหัตถการ (๕) จ่ายตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักฟื้นตัวในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ในกรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงได้รับค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศฉบับนี้ สถานพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

**หลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม**

๑. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการผ่าตัดและทำหัตถการ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- ๑.๒ การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก
- ๑.๓ การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- ๑.๔ หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาล ที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท/AdjRW กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง สำหรับอัตราค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเบิกได้ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การรักษาผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่นและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษา ด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการที่กำหนด ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงชี้แจงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ผู้ประกันตนทราบ และลงลายมือชื่อรับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขนั้นด้วย

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลง ต้องให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรคตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด โดยกำหนดเงื่อนไขระยะเวลาการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๒) ผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๓) ผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการทำหัตถการภายใน ๖ ชั่วโมง

การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๓) นับตั้งแต่วันที่การตรวจวินิจฉัยและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ สำหรับการทำให้หัตถการตาม (๔) นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมาถึงสถานพยาบาลที่ทำความตกลงจนได้รับการทำหัตถการ

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การดูแลรักษาครอบคลุมกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนในระหว่างการผ่าตัดหรือทำหัตถการเป็นเวลา ๓๐ วัน หลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามผลหลังการรักษา (follow up) จากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยกำหนดการติดตามผล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระยะเวลา ๓๐ วัน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังวันที่ทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

ฉ. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงรายงานข้อมูลการให้บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือผู้ประกันตน

ช. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หรือสถานพยาบาลอื่น

ซ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit cost) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ (Complication Rate)

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหรือทำหัตถการนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) จนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (procedure)

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๒. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

(๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

(๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

(๒.๑) แบบ Simple เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๘,๐๐๐ บาท

(๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA เหม่าจ่าย ในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto) เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker) เหม่าจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

(๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

(๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTP หรือ CRTD เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

ข. อัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ค. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด จากสำนักงาน โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการ ทางทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน ต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัว ต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการ การแพทย์กำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละหัตถการ (Complication rate)

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๓. ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระหว่างที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ และสถานพยาบาลต้องทำการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

๔. สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

โดยที่เป็นการสมควรดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคสำคัญ ๕ โรค ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการที่กำหนด เข้าถึงการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ประกันตนให้ดีขึ้น ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ และครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน ด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- (๒) การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูกและหรือรังไข่
- (๓) การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง
- (๕) หัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด

การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๕) จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตราหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

การทำหัตถการ (๕) จ่ายตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษา หรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ในกรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงได้รับค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศฉบับนี้ สถานพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้

ข้อ ๕ ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้ทำความตกลงตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และให้บริการ ทางการแพทย์โดยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศฉบับนี้ เมื่อสถานพยาบาลนั้นได้ทำความตกลงกับสำนักงานตามประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

พลตำรวจโท



(ธนา ชูระเจน)

ประธานกรรมการการแพทย์

**หลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม**

๑. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการผ่าตัดและทำหัตถการ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- ๑.๒ การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูกและหรือรังไข่
- ๑.๓ การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- ๑.๔ หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาล ที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท/AdjRW กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง สำหรับอัตราค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเบิกได้ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การรักษาผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่นและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษา ด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการที่กำหนด ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงชี้แจงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ผู้ประกันตนทราบ และลงลายมือชื่อรับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขนั้นด้วย

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลง ต้องให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรคตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด โดยกำหนดเงื่อนไขระยะเวลาการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๒) ผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูกและหรือรังไข่ ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๓) ผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการทำหัตถการภายใน ๖ ชั่วโมง

การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๓) นับตั้งแต่หลังการตรวจวินิจฉัยและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ สำหรับการทำหัตถการตาม (๔) นับตั้งแต่ผู้ประกันตนมาถึงสถานพยาบาลที่ทำความตกลงจนได้รับการทำหัตถการ

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การดูแลรักษาครอบคลุมกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนในระหว่างการผ่าตัดหรือทำหัตถการเป็นเวลา ๓๐ วัน หลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามผลหลังการรักษา (follow up) จากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยกำหนดการติดตามผล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระยะเวลา ๓๐ วัน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังวันที่ทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

ฉ. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงรายงานข้อมูลการให้บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือผู้ประกันตน

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit cost) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ (Complication Rate)

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหรือทำหัตถการนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) จนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (procedure)

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๒. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

(๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

(๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

(๒.๑) แบบ Simple เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๘,๐๐๐ บาท

(๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto) เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker) เหม่าจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

(๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙๙,๐๐๐ บาท

(๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTD หรือ CRTD เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙๙,๐๐๐ บาท

ข. อัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ค. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด จากสำนักงาน โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการ ทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน ต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัว ต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน จะต้องมีการติดตามประเมินผลปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการ การแพทย์กำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละหัตถการ (Complication rate)

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

(๒.๕) การติดตามผู้ป่วยประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๓. ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระหว่างที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ และสถานพยาบาลต้องทำการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

๔. สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน และปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ผ่านการประเมินศักยภาพระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Surgery (MIS) ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณา

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่ส่งเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และหมายความรวมถึงผู้มีสิทธิตามมาตรา ๓๘ และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

“การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)” หมายความว่า การรับผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด ซึ่งอยู่ในสถานพยาบาลตั้งแต่ ๒ ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง สำหรับกรณีระยะเวลาให้เริ่มนับตั้งแต่ลงมีดหรือทำหัตถการ จนถึงเวลาจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล

ข้อ ๓ สถานพยาบาลที่จะให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีคณะกรรมการดูแลโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของสถานพยาบาล
- (๒) มีศูนย์ประสานงานการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของสถานพยาบาล
- (๓) มีระบบติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังการทำหัตถการ
- (๔) มีแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ

- (๕) มีแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการทำหัตถการการผ่าตัด
- (๖) มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น
- (๗) มีระบบการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโครงการตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- (๘) มีการจัดอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหัตถการต่างๆ เพื่อรองรับโครงการ

(๙) มีการจัดสถานที่เพื่อรองรับโครงการ โดยกำหนดให้มีการจัดเตียงเฉพาะในหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยในการพักฟื้นหลังการผ่าตัด

ข้อ ๔ รายการกลุ่มโรค รหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ที่เบิกจ่ายได้ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ที่สถานพยาบาลจะขอเบิกได้ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) เป็นการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามรหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

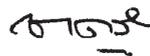
(๒) รายการการรักษาตาม (๑) จะต้องเป็นรายการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (CC = ๐) และเป็นประเภทการจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต (Approval) (D/C type = ๑) เว้นแต่มีเงื่อนไขเพิ่มเติมที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

(๓) ข้อมูลรายการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ให้จัดทำตามแบบข้อมูลผู้ป่วยใน และส่งข้อมูลเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามแนวทางการส่งตรวจรับแก้ไขของระบบข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงาน

(๔) อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แต่ละราย ใช้การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Relative weight ๐ Day (RW๐D) ในระบบ DRGs โดยใช้สูตร $๑ \text{ AdjRW} = ๙,๖๐๐$ บาท

ข้อ ๖ สถานพยาบาลที่ให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินจากผู้ประกันตนได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

รายการกลุ่มโรค รหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1.	โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2.	โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3.	โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
4.	ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)	68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5.	หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices)	I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2 Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3 Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6.	ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7.	โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลาม ที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8.	ติ่งเนื้อออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
9.	นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
10.	นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
11.	ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12.	ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
13.	ภาวะสิ่งแปลกปลอม ค้างในทางเดินอาหาร ส่วนต้น (Foreign body of upper GI Tract)	T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
14.	ตัดเนื้อ (Pterygium Excision)	H11.0 Pterygium 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium และ 10.44 Other free graft to Conjunctiva

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
15.	ทำหมันหญิง (Female sterilization)	Z30.2 Sterilization 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
16.	กระดูกยางค์หัก (Percutaneous fracture fixation)	S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
		S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot 78.1 Application of external fixator device
17.	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	K60.3 Anal fistula 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18.	ฝีรอบทวาร (Perirectal, Perianal abscess)	K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intraspincteric abscess 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
19.	แผลที่ทวารหนัก (Anal fissure)	K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
20.	ฝีที่เต้านม (Breast abscess)	N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth 85.0 Mastotomy
21.	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	N21.0 Calculus in bladder 57.0 Transurethral clearance of bladder
22.	นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	N20.1 Calculus of ureter 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
23.	นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	N21.1 Calculus in urethra 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
24.	ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified 58.5 Release of urethral stricture

แนวปฏิบัติการพิจารณาคำเนิการ ตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

เพื่อให้การดำเนินการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติเป็นไปภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน สำนักงานประกันสังคม จึงขอยกเลิกแนวปฏิบัติการพิจารณาคำเนิการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งมีผลใช้บังคับวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ และใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาคำเนิการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กรณีสถานพยาบาลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

๑.๑ ให้สถานพยาบาลจัดส่งเวชระเบียนผู้ป่วย เอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย เช่น ใบสั่งยา หลักฐานการส่งข้อมูลเวชระเบียนและอุปกรณ์ ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เป็นต้น ให้ครบถ้วนพร้อมสำเนาเพิ่มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (File scan) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเพื่อการตรวจสอบ ในกรณีที่ปรากฏผลการตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์แล้ว ให้ถือว่าการตรวจสอบแล้วเสร็จในครั้งนั้น การส่งเอกสารและหลักฐานเพิ่มเติมภายหลังของสถานพยาบาลไม่สามารถกระทำได้

๑.๒ สำนักงานประกันสังคมจะตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑.๑ โดยเรียกตรวจเวชระเบียนด้วยวิธีสุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ (๑๐%) ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น หรือสุ่มเวชระเบียนไม่ต่ำกว่าสามสิบ (๓๐) ฉบับ เพื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น

ทั้งนี้ การตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ สำนักงานประกันสังคมจะตรวจด้วยวิธีตามวรรคหนึ่ง หรือตามจำนวนข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งรายงานก็ได้

๑.๓ กรณีสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบข้อมูลตามข้อ ๑.๒ พบว่าการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เป็นเหตุให้สถานพยาบาลได้รับเงินเกินกว่าจำนวนเงินจริง อันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริงคืนจากสถานพยาบาล ตามเงื่อนไข ดังนี้

๑) กรณีตรวจสอบข้อมูลบริการทางการแพทย์พบว่าผลการตรวจสอบข้อมูลมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละห้า (๑๕%) ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินในส่วนที่เกินคืนได้ทันทีพร้อมตัดเดือนสถานพยาบาล หรือหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๒) กรณีตรวจสอบข้อมูลบริการทางการแพทย์พบว่าผลการตรวจสอบข้อมูลมีความผิดพลาดเกินกว่าร้อยละห้า (๑๕%) ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินในส่วนที่เกินคืนได้ทันที และเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์คืนจากสถานพยาบาลตามร้อยละที่ตรวจพบว่าไม่ถูกต้องจากจำนวนเงินที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น พร้อมทั้งตัดเดือนสถานพยาบาล หรือหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๑.๔ กรณีตามข้อ ๑.๓ หากสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบแล้วพบว่าเกิดจากความตั้งใจของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินคืนในอัตราตามข้อ ๑.๓ และเมื่อสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินคดีทางอาญาและศาลมีคำพิพากษาเป็นที่สุด สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิเรียกค่าปรับอีกไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการครั้งนั้นอีกด้วย

ข้อ ๒ กรณีที่สำนักงานประกันสังคมมีการบริหารจัดการยาให้กับสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลให้บริการแก่ผู้ประกันตน หากสถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายยาไม่ถูกต้อง เช่น

๒.๑ การสั่งใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของประกาศคณะกรรมการการแพทย์หรือประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

๒.๒ บันทึกการเบิกยาไม่ตรงกับความเป็นจริง เบิกยาเกินจำเป็นหรือนำไปใช้กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้ประกันตน

๒.๓ สถานพยาบาลขาดการตรวจสอบยาจนทำให้ยาหมดอายุ

สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้สถานพยาบาลรับผิดชอบค่ายาดังกล่าวเป็นเงินตามมูลค่ายา ณ วันที่แจ้ง หากสถานพยาบาลไม่คืนเงินภายในกำหนด สำนักงานประกันสังคมจะคิดค่าปรับไม่เกินร้อยละสิบห้า (๑๕%) เพิ่มเติมจากมูลค่ายานับจากวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้จ่ายเงินคืนจนถึงวันที่สถานพยาบาลจ่ายเงินคืน

ข้อ ๓ ภายใต้บังคับแห่งสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ การพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นไม่เป็นการตัดสิทธิสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ รวมถึงการสงวนสิทธิที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ นี้

ทั้งนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาและทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนในการให้บริการทางแพทย์ของสถานพยาบาล
โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและโรคที่มีภาระเสี่ยง (ใหม่)



ภาคผนวก

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

พระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๔๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕

เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้



พระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๔๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕

เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๘ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

.....

หมวด ๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๔

มาตรา ๒๕

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(๒) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

- (๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
- (๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๖
- (๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- (๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
- (๘) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
- (๙)

หมวด ๕

หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา ๔๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

หมวด ๗

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึด หรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป
วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร
มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด ๘

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใด

ที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา ๕๘ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๕๗ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(๓) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๕๙ ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตน โดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา ๕๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้เลขธิการแจ้งให้ผูกร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผูกร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียน

(๒) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผูกร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืนและในกรณีที่ไม่มี การปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา ๕๘ (๒) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๖๐ ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

และมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(๒) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการและให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๑ ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๒ เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๑ ผลเป็นประการใดแล้ว ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อทราบ

หมวด ๕

บทกำหนดโทษ

มาตรา ๖๓ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๒ มาตรา ๕๒ มาตรา ๕๔ หรือมาตรา ๕๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๔ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๕ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

.....



ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อให้การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างถูกต้อง
และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๑) และมาตรา ๑๙ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่
๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกระเบียบไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติ
เกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ
กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
ของหน่วยบริการ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้
และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑

วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบข้อมูลดังต่อไปนี้

- (๑) การตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit)
- (๒) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)
- (๓) การตรวจสอบข้อมูลด้านคุณภาพการให้บริการ (Quality of care audit)
- (๔) การตรวจสอบข้อมูลด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๕ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบด้วยวิธีหนึ่งวิธีใด ดังต่อไปนี้

- (๑) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Coding audit)
- (๒) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ (Billing audit)
- (๓) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข (Quality of care audit)
- (๔) การตรวจสอบด้วยวิธีอื่น (Other audit) เช่น Telephone audit หรือโปรแกรม OCR เป็นต้น

ข้อ ๗ ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

สำหรับกรณีการให้บริการสาธารณสุขที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการสาธารณสุข เมื่อหน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานแล้ว ให้สำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการก่อนการให้บริการสาธารณสุขด้วย

ข้อ ๘ เมื่อสำนักงานดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ หรือการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit) แล้วเสร็จ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากผลการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการประจำปีงบประมาณนั้น ๆ

ข้อ ๙ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานอาจแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบในระดับจังหวัด ระดับเขตพื้นที่ หรือระดับสำนักงานเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือมอบให้องค์กรวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ เพื่อประกอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ สำนักงานอาจให้ส่วนงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ร่วมตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit) ด้วยก็ได้

ข้อ ๑๑ แนวทาง วิธีปฏิบัติ และระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๒

การดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นที่จริง โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไป กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(๒) ระงับหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ

(๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด

(๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

(๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ ๑๓ ในกรณีหน่วยบริการใดได้รับการสนับสนุนเป็นยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำไปให้บริการสาธารณสุข ในภายหลังหากสำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) เรียกเงินคืนเท่ากับมูลค่าของยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ พร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป

(๒) แจ้งให้หน่วยบริการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามสิทธิ โดยไม่สามารถเบิกจ่ายจากสำนักงานเพิ่มเติมแทนการเรียกคืนเป็นเงิน

(๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด

(๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

(๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวนไม่เกิน ๗ คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา ทำหน้าที่พิจารณาเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข และการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อพิสูจน์ว่าเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการ หรือการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ นั้น เป็นเท็จหรือไม่

ข้อ ๑๕ นอกจากการดำเนินการตามข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ แล้ว ในกรณีที่หน่วยบริการใดได้ทำสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขกับสำนักงาน ให้สำนักงานดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดในสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขดังกล่าวด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชลน่าน ศรีแก้ว)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ
หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ จึงต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์การเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถานบริการ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการได้รับค่าใช้จ่าย จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสถานบริการ เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ในกรณีดังกล่าวได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ และมติคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๕

(๒) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และสถานบริการที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามวรรคหนึ่ง ให้แยกระดับตามความฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๖ สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้แจ้งสำนักงานทราบโดยเร็ว และให้สถานบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงจ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๒) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบหน่วยบริการได้ เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้ายสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

ข้อ ๗ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ให้นำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๘ สถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีหน้าที่แจ้งการเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบทันทีหรือโดยเร็วภายในสี่ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้ป่วย โดยให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้ป่วย และให้สถานบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยนอก มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน ๗๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน รายละเอียด ๔,๕๐๐ บาท ต่อการประสบนอนรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ข) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกินสองชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละเอียด ๘,๐๐๐ บาท ต่อการประสบนอนรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่าสองชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละเอียด ๑๔,๐๐๐ บาท ต่อการประสบนอนรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(๓) ค่ารถพยาบาล หรือเรือพยาบาลนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบจะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณนั้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราค่าใช้จ่ายใน (๑) - (๓) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย หรือเป็นค่าใช้จ่ายส่วนเกิน (๑) - (๓) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๙ กรณีที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยตามข้อ ๘ บรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบสี่ชั่วโมงเป็นต้นไป และสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการนั้น หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน ซึ่งสำนักงานจะจ่ายจากเงินกองทุน แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการหรือจากสำนักงาน ให้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการได้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร และให้สถานบริการที่ให้บริกาะนั้น ได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อหรือจากกองทุน แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ในอัตราค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘

เหตุสมควรอื่นนอกจากวรรคหนึ่ง และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๑ การส่งข้อมูลและวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้สถานบริการบันทึกรายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามแบบที่กำหนดและบันทึกข้อมูลเป็นอิเล็กทรอนิกส์ ผ่าน Web online พร้อมทั้งแนบเอกสารดังกล่าวเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่าน Web online ด้วย หรือกรณีที่ไม่สามารถบันทึกและส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online ได้ ให้บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเอกสาร ทั้งนี้ การส่งข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ กรณีที่มีข้อขัดข้องในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือญาติหรือสถานบริการมีหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ

คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

กรณีสถานบริการไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเร็ว

ข้อ ๑๓ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ
หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อกำหนดกรณีที่มีเหตุสมควรในการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่มีอยู่หลายฉบับให้มีความกระชับ ทันสมัย และสามารถสื่อสารกับผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “หน่วยบริการ” และ “หน่วยบริการอื่น” ระหว่างบทนิยามคำว่า “สถานบริการ” และ “ผู้มีสิทธิ” ในข้อ ๔ แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“หน่วยบริการอื่น” หมายความว่า หน่วยบริการซึ่งมิใช่หน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในวรรคสองของข้อ ๑๐ แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ นอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร

- (๑) การเข้ารับบริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น ซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด
- (๒) การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ในหน่วยบริการอื่น
- (๓) การเข้ารับบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ในหน่วยบริการอื่น
- (๔) การเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในหน่วยบริการอื่น
- (๕) การเข้ารับบริการกรณีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ในหน่วยบริการอื่น
- (๖) การเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นในระหว่างการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ อัตราค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการอื่นได้ให้บริการตามวรรคสองแก่ผู้มีสิทธิ ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ประจำปีงบประมาณนั้น ๆ”

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงาน
หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และ หลักเกณฑ์ วิธีการและ
เงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๕๗

ด้วยพระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้สิทธิรับบริการ
สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ประกาศในราชกิจจานุ
เบกษาเมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ออกประกาศจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับ
พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวให้แก่กองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๙ วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘(๔) มาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีมติใน
การประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จึงกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
และการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขของหน่วยบริการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศ ไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับตามข้อ ๑(๑๐) ข้อ ๒(๒)
และ ข้อ ๔ ของประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง
การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ หรือตามประกาศดังกล่าวในปีงบประมาณต่อไปให้นำเข้ากองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรายการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการให้นำเข้า
สมทบเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๙
แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ รายการค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ตาม พระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลใน ครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๕๖

เงินค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งของแต่ละปี หากมีเงินเหลือจ่ายให้นำไปสมทบเป็นเงิน ค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณถัดไป แต่หากไม่เพียงพอให้ค้างจ่ายหน่วยบริการไว้หรือเสนอ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสำรองจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ส่วนของรายการอื่นไปพลางก่อน และให้ขอรับค่าใช้จ่ายทดแทนและเพิ่มเติมจากคณะกรรมการการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณถัดไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการจากเงินค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติประกาศกำหนด โดยอ้างอิงหรือเทียบเคียงกับ กฎ ระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนดตาม กฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เว้นแต่กรณีเฉพาะหรือกรณีจำเป็น ให้ เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดเพิ่มเติมได้

ข้อ ๔ ในแต่ละปีให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันค่าใช้จ่ายที่ได้รับตามข้อ ๑ จำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่ได้รับแต่ละงวดไว้ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการซึ่ง เป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวได้รับความเสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘(๗) และมาตรา ๔๑ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ค่าใช้จ่ายที่เกินไว้ตามวรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ ของหน่วยบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแก่พนักงานหรือลูกจ้างของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวด้วย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘(๔) แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๕ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ และการ คุ่มครองสิทธิสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ให้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๖ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗



นายประดิษฐ์ สินawat

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของหน่วยบริการ กรณีให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว เพื่อให้การใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล
ของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว เป็นไปโดยสะดวก
และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับ ข้อ ๓ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการ
รักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว
และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๕๗ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า พนักงานหรือ
ลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชกฤษฎีกา กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้สิทธิรับ
บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๕๖

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาล
ของเอกชน

“สถานพยาบาลของทางราชการ” หมายความว่า

(๑) สถานพยาบาลของทางราชการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาล

(๒) สถานพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท

(๓) สถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงมหาดไทยประกาศกำหนด

“สถานพยาบาลของเอกชน” หมายความว่า สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการ เป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ กรณีให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่ กระทรวงการคลังกำหนดตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับการรับค่าใช้จ่าย กรณีเฉพาะหรือจำเป็นให้เป็นไปตามข้อ ๓ ของประกาศนี้

ข้อ ๓ แนวทางปฏิบัติและวิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคล ในครอบครัว ให้เป็นไปตามหนังสือคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ กรณีการให้บริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ประจำปีงบประมาณนั้นๆ ที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม^๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) (๘) (๙) และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป เว้นแต่ข้อ ๘ ให้ใช้บังคับ
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์
เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์
เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

^๑ แก้ไขเพิ่มเติมโดย

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ใช้บังคับ
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้ใช้บังคับ
ตั้งแต่วันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

(๓) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้ใช้บังคับ
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

(๓) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบล ตามกฎหมายว่าด้วย สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ไม่ให้ความหมายรวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ เชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่มิได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็น นิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง”^๒ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับ หรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน และบุคคลอื่นที่มีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า สิบเอ็ดคะแนน”

“การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ พึ่งพิง ที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

“ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” หมายความว่า ศูนย์ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการ พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน

^๒ ข้อ ๔ นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” เพิ่มโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

“ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” (Caregiver) หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่สำนักงานกำหนด

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(๒) มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณ

ข้อ ๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๗ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

นอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม (๑) แล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ซึ่งได้แสดงความจำนงเข้าร่วมและสำนักงานเห็นชอบได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต้องสมทบเงิน หรือค่าบริการอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๗/๑^๓ นอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) แล้ว กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคงเหลือไม่เพียงพอในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และมีความประสงค์ขอรับจัดสรร โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสมทบเงินไม่น้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตกลงสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ ในอัตรา ร้อยละของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) ดังต่อไปนี้

(๑) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ต่ำกว่า ๖ ล้านบาท

^๓ ข้อ ๗/๑ เพิ่มโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

(๒) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ตั้งแต่ ๖ ถึง ๒๐ ล้านบาท

(๓) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน สูงกว่า ๒๐ ล้านบาท

ข้อ ๙ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี การรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการกำกับติดตามเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

เงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ในปีงบประมาณถัด ๆ ไปได้

ข้อ ๑๐ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุข

(๒) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น

(๓) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน

(๔) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่งในแต่ละปีงบประมาณนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดได้รับเงินเพิ่มตามข้อ ๗ วรรคสอง อาจสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีกไม่เกินร้อยละ ๕ กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ให้สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

(๕) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

(๖)^๔ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีโครงการหรือกิจกรรมที่ขอการสนับสนุนตาม (๑) (๓) และ (๕) มีความจำเป็นต้องจัดหาครุภัณฑ์เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขให้กับบุคคล ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาสนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น เว้นแต่กรณี (๒) ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อโครงการ และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุน

^๔ ข้อ ๑๐ (๖) เพิ่มโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๑๐/๑^๕ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ และคณะกรรมการกองทุนไม่อาจนุมัติค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๐ ได้ทันต่อสถานการณ์ ให้ประธานกรรมการตามข้อ ๑๒ มีอำนาจอนุมัติโครงการหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขกรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อได้ตามความจำเป็นได้ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อโครงการ โดยให้ถือว่าเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติตามประกาศนี้ด้วย แล้วรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบ

ข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๗ วรรคสอง ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ตามโครงการที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง อนุมัติ

ข้อ ๑๒ ให้มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

- | | |
|--|-------------------------|
| (๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นประธานกรรมการ |
| (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๓) สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ที่สภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย
จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๔) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข
ในท้องถิ่น ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๕) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในท้องถิ่น
ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน
หรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินห้าคน | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ที่อยู่ในท้องถิ่นนั้น (ถ้ามี) | เป็นกรรมการ |
| (๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นกรรมการและเลขานุการ |

^๕ ข้อ ๑๐/๑ เพิ่มโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

^๖ ข้อ ๑๑ แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

(๙) ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข หรือที่เรียกชื่ออื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุด ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

(๑๐) หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่ ของหน่วยงานคลังที่ผู้บริหารสูงสุด ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และท้องถิ่น อำเภอเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน

การคัดเลือกกรรมการตาม (๔) (๕) และ (๖) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) ประชุมคัดเลือกกรรมการตาม (๒) จำนวนสองคน จากผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น

เมื่อได้กรรมการที่มาจากคัดเลือก ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุน และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทราบต่อไป

ข้อ ๑๓ ให้กรรมการตามข้อ ๑๒ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี นับแต่วันที่ออกคำสั่งแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งแล้ว หากยังมิได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือก ขึ้นใหม่ เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่ง พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือก กรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง ตามหลักเกณฑ์ ที่สำนักงานกำหนดในข้อ ๑๒ วรรคสามหรือวรรคสี่ แล้วแต่กรณี ให้ผู้ได้รับการคัดเลือกอยู่ในตำแหน่งเท่ากับ วาระที่เหลือของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่กรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๑๒ (๓) ว่างลงโดยมิใช่เหตุพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ข้อ ๑๔ กรรมการตามข้อ ๑๒ วรรคหนึ่ง (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) นอกจากการพ้นจาก ตำแหน่งตามวาระแล้ว ให้พ้นจากตำแหน่ง ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นหรือพื้นที่อื่น

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำ

โดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๓) พันจกความเป็นสมาชิกภาพของสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระในท้องถิ่น

(๔) ขาดประชุมสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ข้อ ๑๕ การประชุมคณะกรรมการกองทุนต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๖ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณานุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

(๒) พิจารณานุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ ๑๐

(๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

(๔) สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและโครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๖) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ ๑๗ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศนี้ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” ประกอบด้วย

(๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่น เป็นประธานอนุกรรมการที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

(๒) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนสองคน เป็นอนุกรรมการ

(๓) หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น หรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ

(๔) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ

(๕) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการ

(๖) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นอนุกรรมการ

(๗) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นอนุกรรมการ

(๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการ และเลขานุการ

(๙) เจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย เป็นอนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑๙ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง มีอำนาจหน้าที่ พิจารณานุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่าย ตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด

ข้อ ๒๐ การประชุมของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ที่คณะกรรมการกองทุน แต่งตั้ง ให้นำข้อ ๑๕ มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๒๑ ให้กรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ และคณะทำงาน ได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น

ให้บุคคลภายนอก และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เข้าร่วมประชุม มีสิทธิ ได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ทั้งนี้ ต้องไม่เกินวงเงินของข้อ ๑๐ (๔)

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง และวรรคสองให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๒ เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ประสานกับท้องถิ่นจังหวัด ในการติดตาม กำกับ ประเมินผล และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และรายงานให้สำนักงานทราบ

ข้อ ๒๓^๗ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคงเหลือมากกว่า หนึ่งเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ของปีงบประมาณที่ผ่านมา สำนักงาน อาจงดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งดการสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒) ของปีงบประมาณนั้น

การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณนั้น กรณีค่าใช้จ่าย เพื่อการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐ (๔) ให้สนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงิน ของปีงบประมาณที่ผ่านมา

ข้อ ๒๔ ให้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน แนวทางปฏิบัติ และการดำเนินงานต่าง ๆ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเงินกองทุนหลักประกัน สุขภาพ เป็นคณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน เป็นแนวทางปฏิบัติและการดำเนินงาน ต่อเนื่องตามประกาศนี้

^๗ ข้อ ๒๓ แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ให้กรรมการกองทุน อนุกรรมการ และคณะทำงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งต่อไปได้ไม่เกินเก้าสิบวันนับจากวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการตามข้อ ๑๒ ต่อไป

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสบทบเงินในอัตราตามข้อ ๖ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ถือว่าข้อกำหนดของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสมทบเงิน ยังคงมีผลใช้บังคับได้ต่อไป และตั้งแต่วันที่งบประมาณ ๒๕๖๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสบทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในอัตราตามข้อ ๘

ข้อ ๒๕ การดำเนินงานใดตามประกาศนี้ หากยังไม่มี กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ที่จะกำหนดขึ้นตามประกาศนี้ ให้ใช้ กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๒๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

หมวด ๑

การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงาน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑. การรับเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑.๑ บรรดาเงินรายรับเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่งให้นำส่งเข้าบัญชี
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่เปิดบัญชีกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภท
บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)”

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับเงินตามข้อ ๗ วรรคสอง เปิดบัญชีกับธนาคาร
เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุน
หลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่น
ที่มีภาวะพึ่งพิง” แยกออกจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตามวรรคหนึ่ง

กรณีที่มีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
ตามวรรคหนึ่งและวรรคสองได้ ให้เปิดบัญชีกับธนาคารของรัฐอื่นได้ โดยให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ได้เปิดบัญชีไว้แล้วก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่า
เป็นบัญชีเงินฝากตามวรรคหนึ่งและวรรคสองแล้วแต่กรณี

๑.๒ การรับเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพให้รับเป็น เงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน หรือธนาคัติก็ได้
และให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแบบที่สำนักงานกำหนด ให้แก่ผู้ชำระเงิน
ทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินที่ได้รับการจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่คณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้ใช้หลักฐานการโอนเงินผ่านทางธนาคารเป็นหลักฐานอ้างอิงในการ
บันทึกบัญชีรายรับ

๑.๓ เงินสดที่กองทุนหลักประกันสุขภาพได้รับไว้ให้นำฝากเข้าบัญชีตาม ๑.๑ ภายในวันที่
ได้รับเงิน หากไม่สามารถนำเงินดังกล่าวฝากเข้าบัญชีได้ทัน ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมาย
นำเงินสดจำนวนดังกล่าวเก็บรวมไว้ในซองหรือหีบห่อ ระบุเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนเงิน ปิดผนึก
ลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ และนำฝากไว้ที่ตู้নিরภัยหรือสถานที่เก็บรักษาเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แล้วให้นำฝากเข้าบัญชีในวันทำการถัดไป

๑.๔ การสมทบเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินการโดยเร็วเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ
กรณีมีความจำเป็น ให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานจ่ายเงินสนับสนุน

๒. การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๒.๑ การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ ววรรคหนึ่ง และวรรคสองแล้วแต่กรณี ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งจ่ายได้ตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้น ๆ ทั้งนี้ ภายใต้โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุน หรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแต่กรณี

๒.๒ วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมหรือตัวแลกเงินหรือธนาณัติ

๒.๒.๒ จ่ายทางธนาคาร

๒.๒.๓ จ่ายทางอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๓ ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารสูงสุดที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับพนักงานส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่ง ที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง แล้วแต่กรณี

๒.๔ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นนั้น เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

๒.๕ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไปเป็นผู้รับเงิน

๒.๖ การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน ตามแบบที่สำนักงานกำหนด หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. การจัดทำบัญชีและรายงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๓.๑ การบันทึกบัญชี ให้บันทึกตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

๓.๒ รอบระยะเวลาบัญชีให้ถือตามปีงบประมาณ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่างรอบระยะเวลาบัญชี ให้เริ่มระบบบัญชี ณ วันที่ได้รับเงินเป็นครั้งแรกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศหรือระบบอื่น และจัดส่งรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นไตรมาส ตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

ภายในเดือนธันวาคมของทุกปีให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๒

การกำกับติดตามเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๔. กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น

๔.๑ เมื่อได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้นำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ทั้งนี้ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน ให้เป็นไปตามระเบียบที่หน่วยงานนั้น ๆ ถือปฏิบัติ

๔.๒ เก็บหลักฐานการจ่ายเงินจากบัญชีไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๓ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการจ่ายเงินตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๔ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงาน ให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เว้นแต่เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง หากดำเนินการตามโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลแล้ว ให้ถือเป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน

๕. กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชน

๕.๑ เมื่อได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้นำไปใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการ หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เว้นแต่รายการค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑.๑ ค่าใช้จ่ายสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม

๕.๑.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม

๕.๒ การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ หรือกิจกรรม ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการ หรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

๕.๓ การจัดทากรุณภัย ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับรายงานการจ่ายดังกล่าวด้วย

๕.๔ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการจ่ายเงินตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๕.๕ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงาน ให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ

หมวด ๓

ค่าตอบแทนการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่

๖. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน และบุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญมาประชุม ดังต่อไปนี้

๖.๑ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท

๖.๒ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท

๖.๓ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับคณะทำงาน ไม่เกินครั้งละ ๒๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๔๐๐ บาท

๖.๔ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับบุคคลภายนอกซึ่งเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ กองทุน หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนได้เท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

๗. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เข้าประชุมคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่ายในอัตราเท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

๘. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เบิกจ่ายได้ในอัตราไม่เกินระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม ทั้งนี้ โดยการอนุมัติของประธานกรรมการ

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๑. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี
๒. ให้บริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข/ ทีมหมอครอบครัว (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่น ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญ)	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการ สร้างเสริมสุขภาพ การ	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า การ ให้บริการพยาบาล

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกะพังกะและบุคคลอื่นที่มีภาวะพังกะพังกะ			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	<p>บริการสร้างเสริม สุขภาพและการออก กำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ ข้อขัด การฝึกผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน</p>	<p>กระตุ้นความรู้ความคิด ความเข้าใจ (cognitive stimulation) การให้ บริการพยาบาลเฉพาะ รายตามสภาวะความ เจ็บป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ ข้อขัดการฝึกผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน</p>	<p>บริการสร้างเสริม สุขภาพ การให้บริการ พยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้าร ระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ การดูแล สายสวนต่าง ๆ การให้ ออกซิเจน การดูด เสมหะ การประคบ และดูแลเพื่อลดความ ทรมานจากความ เจ็บปวด เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตก เตียง การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน</p>	<p>เฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้าร ระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ การดูแล สายสวนต่าง ๆ การให้ ออกซิเจน การดูด เสมหะ การประคบ และดูแลเพื่อลดความ ทรมานจากความ เจ็บปวด เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตก เตียง การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน</p>

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	<p>การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น</p>	<p>การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น</p>	<p>การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น</p>	<p>การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล เช่น การให้อาหารปั่น ทางสายยาง เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย การ บริหารจัดการเพื่อการ เข้าถึงยาปวดอย่าง เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น</p>

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๓. บริการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน และให้คำแนะนำ แก่ญาติและผู้ดูแล โดย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หรือเครือข่าย สุขภาพอื่น ๆ หรือ อาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่น ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญ ตาม คำแนะนำ/มอบหมายของ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข)	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ และ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การ ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑. การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การตรวจ น้ำตาลในเลือด การ ปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว/ผู้ป่วยสมอง เสื่อม</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ พื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้น คืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง/ระยะ สุดท้าย</p>

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๔. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย อาจขอยืมหรือได้รับ จากสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก อปท. หน่วย บริการ สถานบริการ หรือภาคเอกชน)	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียง ปรับระดับ เป็นต้น	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียง ปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ของเหลว เป็นต้น
๕. ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแลรายบุคคล	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๖ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๑ เดือน/ครั้ง



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ National Clearing House

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารจัดการการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสข. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

1.1.2) การตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client

1.1.3) การตรวจสอบสิทธิผ่านเว็บตรวจสอบสิทธิฯ (ucsearch)

<http://ucsearch.nhso.go.th> หรือเว็บระบบค้นหาประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ (UCTRANS)

<http://uctran.nhso.go.th>

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัดเพื่อขอใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

2) การขอเลขอนุมัติ กรณีผู้ป่วยใน

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO client ในกรณีผู้ป่วยใน ทุกกรณีหากไม่พบข้อมูลในฐานผู้มีสิทธิ ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ โดยนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิ มาขอเลขอนุมัติ

3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ได้ทันที โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวันไหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมสำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนี้

4.3.1) ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)

4.3.2) ยารักษาผู้ป่วยโรครุมตึก และโรคสะเก็ดเงินโดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยาโรคข้อ RDPD DDPD (www.mra.or.th/rdpd)

4.4) โปรแกรม DMIS-HD ของ สปสช. สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ

1) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด

2) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ ให้ใช้อัตราฐานตามที่กำหนด โดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRGs)

2.1) กรณีที่มีค่ายาที่จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจาก DRG เป็นไปตามรายการ เงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

2.2) ข้อมูลผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimbursement schedule: ORS) ซึ่งเป็นกรณีค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในกลุ่มวินิจฉัยโรค สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบรายการที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ผ่านระบบการตอบกลับการประมวลผลจ่ายชดเชย (REP) ในโปรแกรม e-Claim ให้สถานพยาบาลดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimbursement schedule: ORS) เพื่อขอรับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมต่อไป

3) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ค้ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

3.1) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผล A-F

3.2) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

4) การขอเบิกค่ายากลับบ้านแยกต่างหากจาก DRGs

ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลได้รับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ให้สถานพยาบาล สามารถเบิกค่ายากลับบ้านแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวิธโรค ให้สถานพยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไซมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาที่ส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดในระบบ OCPA ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. รายการยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการไต่ถามสถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาและส่งข้อมูล การรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้จ่าย ผ่านเว็บไซต์ mra.or.th/ocpa/index.php หรือ mra.or.th/ocpaoldcase/index.php ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2. รายการยาที่ไม่ให้เบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในมิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

3. รายการยาที่ไม่สามารถเบิกได้เป็นรายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไข ข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป จนกว่ากรมบัญชีกลางจะมีการเปลี่ยนแปลง

4. ยานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบขนาด และความแรงให้แจ้งรายละเอียดชื่อรายการยา และระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธิยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้รายการที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี **หมายเหตุ** การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคสะกดเงิน ชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบตื้อยิด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะกดเงิน และโรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคข้ออักเสบสะกดเงิน และโรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณีผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมีให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

6.4) การขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกจ่าย หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านโปรแกรม DDDPA RDPA (<http://rdpa.mra.or.th/index.php>) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข/ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) แต่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevation Myocardial Infarction STEMI)

- 8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกจ่ายแยกต่างหากจาก DRGs ได้
- 8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาล แต่ละแห่ง

ขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบรวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ เพื่อจัดส่งเอกสารหลักฐานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ตามสถานที่ที่กำหนด ภายใน 15 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบรวมศูนย์

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แบบรวมศูนย์ แจ้งหน่วยบริการรับทราบ ภายใน 30 วันทำการ

4. การขอทบทวนครั้งที่ 1 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช. พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 1 ภายใน 30 วันทำการ

6. การขอทบทวนครั้งที่ 2 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการขอทบทวนครั้งที่ 1

7. สปสช.เขต พิจารณาและส่งเรื่องการขอทบทวนครั้งที่ 2 ให้ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ ภายใน 15 วัน

8. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 2 แก่ สปสช.เขต ภายใน 30 วันทำการ

9. สปสช. เขตแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 2 แก่หน่วยบริการ ภายใน 7 วัน

10. การขอทบทวนครั้งที่ 3 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการขอทบทวนครั้งที่ 2

11. . สปสช.เขต พิจารณาและส่งเรื่องการขอทบทวนครั้งที่ 3 ให้ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ ภายใน 15 วัน

12. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณานำเรื่องเข้าหารือคณะกรรมการพิจารณาขอทบทวนฯ เพื่อพิจารณาการขอทบทวนครั้งที่ 3 ผลการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด

13. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 3 แก่ สปสช.เขต ภายใน 15 วันทำการ

14. สปสช. เขต แจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 3 แก่หน่วยบริการ ภายใน 7 วัน

ขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ เพื่อนำเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ เข้าสู่ระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ตามที่กำหนด ภายใน 30 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์แจ้งหน่วยบริการรับทราบ ภายใน 30 วันทำการ

4. การขอทบทวนครั้งที่ 1 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช. พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 1 ภายใน 30 วันทำการ

6. การขอทบทวนครั้งที่ 2 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการขอทบทวนครั้งที่ 1

7. สปสช.เขต พิจารณาและส่งเรื่องการขอทบทวนครั้งที่ 2 ให้ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ ภายใน 15 วัน

8. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 2 แก่ สปสช.เขต ภายใน 30 วันทำการ

9. สปสช. เขต แจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 2 แก่หน่วยบริการ ภายใน 7 วัน

10. การขอทบทวนครั้งที่ 3 หน่วยบริการขอทบทวนพร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการขอทบทวนครั้งที่ 2

11. สปสช.เขต พิจารณาและส่งเรื่องการขอทบทวนครั้งที่ 3 ให้ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ ภายใน 15 วัน

12. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณานำเรื่องเข้าหารือคณะกรรมการพิจารณาขอทบทวนฯ เพื่อพิจารณาการขอทบทวนครั้งที่ 3 ผลการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด

13. ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ พิจารณาและแจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 3 แก่ สปสช.เขต ภายใน 15 วันทำการ

14. สปสช. เขต แจ้งผลการขอทบทวนครั้งที่ 3 แก่หน่วยบริการ ภายใน 7 วัน

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถสืบค้นประกาศ ดังกล่าวได้ที่ >> เว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : <https://law.nhso.go.th/Site/Notice.aspx> และเลือกไปที่หัวข้อ : ประกาศ > การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเลือกดู “ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในแต่ละปีงบประมาณ

หน้าแรก
เกี่ยวกับสำนักกฎหมาย
พระราชบัญญัติ
ข้อบังคับ
ระเบียบ
ประกาศ
คำสั่ง
หนังสือเวียน

ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) หน้าแรก | แผนที่เว็บไซต์ | Mail NHSO

ประกาศ

การพัฒนาบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รวมประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๔

ยกเลิก

ประกาศที่ยกเลิก ไม่มีผลบังคับใช้แล้ว

การบริหารจัดการสำนักงาน

รวมประกาศสำหรับการบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อื่นๆ

รวมประกาศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ยกเลิก

ประกาศที่ยกเลิก ไม่มีผลบังคับใช้แล้ว

ขึ้นทะเบียนและยกเลิกองค์กรเอกชน

รวมประกาศ ขึ้นทะเบียนและยกเลิกองค์กรเอกชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
	วันที่ปรับปรุง
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖	10/11/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๖	09/11/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๖	30/10/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖	30/10/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๖	20/10/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖	20/10/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๖	16/10/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖	29/09/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖	29/09/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖	29/09/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖	29/09/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖	29/09/2566
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับใช้งาน)	11/09/2566
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๖	06/09/2566
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับใช้งาน)	04/09/2566
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับใช้งาน)	04/09/2566



รายชื่อผู้ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2566

กรมบัญชีกลาง

1. นายสิทธิชัย	งามเกียรติขจร	กองสวัสดิการรักษายาบาล
2. นางน้ำฝน	ทศพลดำเกิง	กองสวัสดิการรักษายาบาล
3. นายรัชชา	ลุ่มนอก	กองสวัสดิการรักษายาบาล
4. นางสาวสิริกาน	ชาวดอกกรัก	กองสวัสดิการรักษายาบาล

สำนักงานประกันสังคม

1. นายแพทย์กฤษฏา	หาญบรรเจิด	แพทย์ที่ปรึกษา โครงการ สปส.
2. นายแพทย์เสรี	ศรีสันต์	แพทย์ที่ปรึกษา โครงการ สปส.
3. นางสาวกนกทิพย์	ปั่นสันเทียะ	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
4. นางสาวณัฐชญา	ภูเงิน	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
5. นางสาวพรพรรณ	เกษมสรवल	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
6. นางปริศนา	จันทวงศ์	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
7. นางสาวณัฐกัญญา	นาทันเลิศ	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. นายแพทย์ดุสิต	ข้าชัยภูมิ	รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แพทย์หญิงกฤติยา	ศรีประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ สายงานบริหารกองทุน
3. แพทย์หญิงสาวิตรี	เมาฬีกุลไพโรจน์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
4. แพทย์หญิงรัชนิศ	พรวิภาวี	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
5. นางสาวกฤษณา	จงสงเสริม	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
6. นางสาวนิรามัย	ใช้เทียมวงศ์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
7. นางสาวจาร์วรรณ	สวาสดีกลิ่น	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
8. นางสาวภิญญาดา	เอกพจน์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
9. นางวาสนา	จันทรพิณิจ	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
10. นางสาวสุมณฑา	โสภาพันธ์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
11. นางสาวปรียานุช	ศรีวิชรวัฒน์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
12. นางสาวรางคนา	ประเวสไพโรสนธิ์	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
13. นางสาวรัตนา	เลี้ยงสกุล	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
14. นางสาวสายชล	เงินตั้งสกุล	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
15. นายปราโมทย์	วงศ์ประสาร	ฝ่ายตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ
16. นางภณิดา	กลิ่นพิพัฒน์	ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย



รายชื่อผู้ร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุนปี 2566
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566

- | | | |
|------------------------|----------------|---|
| 1. นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ | มัศยาอานนท์ | โรงพยาบาลรามาทิบัติ |
| 2. นายแพทย์ปวีตร | วณิชชานนท์ | โรงพยาบาลละงู |
| 3. แพทย์หญิงกิติมา | เศรษฐ์บุญสร้าง | โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา |
| 4. นายแพทย์รัชพงษ์ | เวียงเจริญ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ |
| 5. นายแพทย์บารมี | บุญเลิศ | โรงพยาบาลลำพูน |
| 6. ทนตแพทย์วิโรจน์ | อภิลิธีวิทยา | โรงพยาบาลศุภมิตร สุพรรณบุรี |
| 7. นางสาวพรพิมล | ตันตราธิวุฒิ | สมาคมโรงพยาบาลเอกชน |
| 8. นางพิมพ์พา | ชินรุ่งโรจน์ | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ |
| 9. นางสาวปทิตตา | ดีระเมธี | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ |
| 10. นางศรัญญา | บุญโณ | ผู้แทนสภาการพยาบาล |
| 11. นางธันนัญญ์ | มณีศิลป์ | ผู้แทนสภาการพยาบาล |
| 12. ดร.มะลิวัลย์ | ยีนยงสุวรรณ | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. |
| 13. ดร.กนกพร | แจ่มสมบูรณ์ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นางสาวอุไรพร | จันทะอุ้มเม้า | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 15. นางสาวสิริวรรณ | ไตรวิลาส | โรงพยาบาลรามาทิบัติ |
| 16. แพทย์หญิงปริยานุช | อันนดิเรกกุล | โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า |
| 17. แพทย์หญิงสมใจ | อุดมพงศ์ลักษณ์ | โรงพยาบาลสกลนคร |
| 18. แพทย์หญิงเพียงใจ | ลาวกุล | โรงพยาบาลมหาสารคาม |
| 19. นายแพทย์ไชยวัฒน์ | ภูதியานันต์ | โรงพยาบาลเชียงคำ |
| 20. แพทย์หญิงสมรัก | ภูதியานันต์ | โรงพยาบาลเชียงคำ |
| 21. นายแพทย์ณัฐพล | วงศ์วิวัฒน์ | โรงพยาบาลบางละมุง |
| 22. แพทย์หญิงสุวิวรรณ | นกหนู | โรงพยาบาลสงขลา |
| 23. แพทย์หญิงธีระบุษ | คงสวัสดิ์ | โรงพยาบาลสระบุรี |
| 24. นายแพทย์ณรงค์ | จงอร่ามเรือง | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 25. นายแพทย์ยุทธนา | คณาสุข | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 26. น.อ.จตุรงค์ | ตันติมงคลสุข | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 27. นายแพทย์ศุภศิลป์ | จำปานาค | โรงพยาบาลสระบุรี |
| 28. แพทย์หญิงกรณัฏฐ์ | จันทร์ผ่องแสง | โรงพยาบาลเอเชียอินเตอร์เนชั่นแนล |
| 29. แพทย์หญิงสุพรรณิณี | เลาหวุดานนท์ | โรงพยาบาลเสนา |
| 30. นายแพทย์วรพิทักษ์ | ไทยสิทธิ | โรงพยาบาลเลิดสิน |

31. แพทย์หญิงปิยะธิดา	จึงสมาน	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
32. แพทย์หญิงอรวรรณ	นิมิตรวงศ์สกุล	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
33. นางวิไล	ภวภูตานนท์	ข้าราชการบำนาญ (โรงพยาบาลมหาสารคาม)
34. นางจารุณี	มานุจำ	โรงพยาบาลจอมพระ
35. นางสาวพัชรี	คุณนิมิตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
36. นายวุฒิชัย	ปทุมมณีวิวัฒน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2 พิษณุโลก
37. นางสาวนฤมล	วิวัฒน์กิจเสรี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์
38. นางสาวทรัพย์ศิริ	อักษร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์
39. นางสาววรรณพร	ศรีอุทัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 สระบุรี
40. นางสาวณฐา	ศรีหिनกอง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 สระบุรี
41. นายบุรินทร์	ศรีคุณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 5 ราชบุรี
42. นางสาวเพชรี	เหล่าพิลัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น
43. นายอภิสิทธิ์	คุณทะวงษ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น
44. นางสาวสุขใจ	สารทรัพย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี
45. นายวิวัฒน์	ปัญชุมภู	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา
46. นางสาวภัทรพร	โสมาบุตร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา
47. นายไมตรี	มูลสาร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี
48. นางชาลิณี	ปิยะประสิทธิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี
49. นางสาวเรวดี	ไทรวรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา
50. นางสาวชล	ผานิตพจมาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา
51. นางสาวภัทรภร	กาญจโนภาส	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กทม.
52. นางปิยะฉัตร	อินใจ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กทม.
53. นายพีรตน์	ชาญฤทธิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กทม.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210