

# ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๓๕๕๕



กรมบัญชีกลาง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๗ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง การส่งข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยนอก

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อกำหนดและรูปแบบของข้อมูลยาที่ส่งเบิก  
๒. รายชื่อสถานพยาบาลของทางราชการที่ต้องดำเนินการส่งข้อมูลยา

ตามที่กรมบัญชีกลางร่วมกับสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้เชิญผู้บริหารสถานพยาบาลของทางราชการจำนวน ๑๓๔ แห่ง เข้าร่วมประชุมเมื่อวันที่ ๒๔ - ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมราม่า การ์เด้น ห้อง คอนเวนชันฮอลล์ กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงผลการดำเนินโครงการนำร่องที่กำหนดให้สถานพยาบาลของทางราชการจำนวน ๓๔ แห่ง ส่งข้อมูลยาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ และรับทราบถึงนโยบายการขยายโครงการดังกล่าวให้สถานพยาบาลของทางราชการจำนวน ๑๓๔ แห่ง ดำเนินการส่งข้อมูลยาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่นเดียวกัน นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ ข้อ ๒๒ ข้อ ๒๓ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ เห็นควรกำหนดให้สถานพยาบาลจำนวน ๑๓๔ แห่ง (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ดำเนินการส่งข้อมูลยาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวที่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาล โดยให้สถานพยาบาลถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกให้จัดทำข้อมูลเป็นรายบุคคลตามรูปแบบและวิธีการที่กำหนด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ สำนักงานกลางสารสนเทศศบรสุขภาพ (สกส.) จะส่งข้อมูลคืนกลับให้สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลใหม่ โดยแจ้งรหัส (C)

๒. ให้เริ่มดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ การส่งข้อมูลตามข้อ ๑ ที่สมบูรณ์ สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์รายการละ ๑๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ รายต่อ ๑ วัน ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖ ทั้งนี้ เมื่อกระทรวงการคลังได้ออกหนังสือสั่งการให้สถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติเกี่ยวกับการระบุเหตุผลการส่งใข้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรมบัญชีกลางจะเวียนแจ้งแนวทางปฏิบัติการส่งข้อมูลเหตุผลการส่งใข้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบเบิกจ่ายตรงอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายรังสรรค์ ศวีรพรุสทธิ)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ  
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาของทางราชการ

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๕



รายชื่อโรงพยาบาลนำร่องใหม่ 134 แห่ง

ลำดับ	รหัสโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล
1	10660	พระนครศรีอยุธยา
2	10662	ชลบุรี
3	10663	ระยอง
4	10664	พระปกเกล้า
5	10665	เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
6	10667	บุรีรัมย์
7	10673	อุตรดิตถ์
8	10674	เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
9	10675	สวรรคประชารักษ์
10	10681	สุราษฎร์ธานี
11	10682	หาดใหญ่
12	10683	ตรัง
13	10684	ยะลา
14	10685	สมุทรปราการ
15	10687	ปทุมธานี
16	10688	เสนา
17	10689	อ่างทอง
18	10690	ลพบุรี
19	10691	บ้านหมี่
20	10692	สิงห์บุรี
21	10693	อินทร์บุรี
22	10694	ชัยนาท
23	10695	พระพุทธบาท
24	10696	ตราด
25	10697	เมืองฉะเชิงเทรา
26	10698	นครนายก
27	10699	สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
28	10700	ศรีสะเกษ
29	10701	ยโสธร
30	10702	ชัยภูมิ
31	10703	อำนาจเจริญ
32	10704	หนองบัวลำภู
33	10705	เลย
34	10706	หนองคาย
35	10707	มหาสารคาม
36	10708	ร้อยเอ็ด
37	10709	กาฬสินธุ์



ลำดับ	รหัสโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล
38	10710	สกลนคร
39	10711	นครพนม
40	10712	มุกดาหาร
41	10714	ลำพูน
42	10716	น่าน
43	10717	พะเยา
44	10718	เชียงใหม่
45	10719	ศรีสะเกษ
46	10720	อุทัยธานี
47	10721	กำแพงเพชร
48	10722	สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
49	10723	แม่สอด
50	10724	สุโขทัย
51	10725	ศรีสังวรสุโขทัย
52	10726	พิจิตร
53	10727	เพชรบูรณ์
54	10728	ดำเนินสะดวก
55	10729	บ้านโป่ง
56	10730	โพธาราม
57	10731	พหลพลพยุหเสนา
58	10732	มะการักษ์
59	10733	สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่17
60	10734	สมุทรสาคร
61	10735	สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
62	10736	พระจอมเกล้า
63	10737	ประจวบคีรีขันธ์
64	10738	กระบี่
65	10739	พังงา
66	10740	ตะกั่วป่า พังงา
67	10741	วชิระภูเก็ต
68	10742	เกาะสมุย
69	10743	ระนอง
70	10744	ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
71	10746	สตูล
72	10747	พัทลุง
73	10748	ปัตตานี
74	10749	เบตง
75	10750	นราธิวาสราชนครินทร์
76	10751	สุโขทัย-ลก

ลำดับ	รหัสโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล
77	10822	พนัสนิคม
78	10897	นางรอง
79	11128	สันป่าตอง
80	11221	ทัพทัน
81	11295	อุ้มทอง
82	11304	กระทุ่มแบน
83	11305	บ้านแพ้ว
84	11320	หัวหิน
85	11330	ทุ่งสง
86	11448	สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
87	11456	สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน
88	11469	เลิดสิน
89	11470	นพรัตนราชธานี
90	11473	เมตตาประชารักษ์ วัดไร่ขิง
91	11475	ค่ายรามราชนิเวศน์
92	11477	ทหารผ่านศึก
93	11479	ทหารเรือกรุงเทพฯ
94	11485	ค่ายอดิศร
95	11487	อภากรเกียรติวงศ์
96	11490	ค่ายจักรพงษ์
97	11491	รร.นายร้อยพระจุลจอมเกล้า
98	11497	ค่ายศรีพัชรินทร์
99	11501	ค่ายประจักษ์ศิลปาคม
100	11504	ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโล
101	11505	ค่ายกฤษณสีวะรา
102	11508	ค่ายกาวิละ เชียงใหม่
103	11509	ค่ายพิชัยดาบหัก
104	11512	ค่ายสุรศักดิ์มนตรี
105	11513	ค่ายจिरประวัติ
106	11516	ค่ายวชิรปราการ
107	11517	ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
108	11520	ค่ายสุรสีห์
109	11521	จันทบูรเบกษา
110	11522	ค่ายธนระริชต์
111	11523	ค่ายวชิราวุธ
112	11537	กลาง
113	11539	ตากสิน
114	11541	เจริญกรุงประชารักษ์
115	12250	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ลำดับ	รหัสโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล
116	12256	โรคทรวงอก
117	12257	บำราศนราดูร
118	12258	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
119	12275	สิรินธร ขอนแก่น
120	12290	จิตเวชสงขลาราชนครินทร์
121	12438	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
122	12439	สถาบันประสาทวิทยา
123	13754	สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
124	13766	ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
125	13815	ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนคร
126	14584	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
127	14904	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน
128	14933	ค่ายเม็งรายมหาราช
129	14966	กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ
130	14972	มหาวิทยาลัยนเรศวร
131	22155	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและคุณภาพครู
132	22523	สำนักพระราชวัง กองแพทย์หลวงสวนจิตรลดา
133	22536	สำนักงานแพทย์ทหาร สำนักผู้บัญชาการทหารสูงสุด
134	22952	การแพทย์กาญจนาภิเษก



แจ้งรายละเอียดการคืนเงินกรมบัญชีกลาง ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/25524 วันที่ 2 กันยายน 2553

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ลำดับ	HN	AN	ชื่อ - สกุล	จำนวนเงินที่ขอแจ้งคืนกรมบัญชีกลาง		type	จำนวนเงินที่จะขออุทธรณ์
				เกิดคิดระเบียบ / นอก DRG	DRG		
37	40-46758	51-38885	นาง นกแก้ว พุ่มอินทร์	8,400.00	รหัส ICD ผิด	OPD , IPD	
38	41-07187	51-28691	นาย บุญเสริม เดียวตระกูล	ไม่มีเรียกคืนเงิน	รหัส ICD ถูกต้อง	OPD , IPD	
39	42-07456	51-28691	นาง บุญธรรม ทองน้อย	275.00	รหัส ICD ผิด	OPD , IPD	
40	44-31437	51-32205	นาง เดลียว รอดมณี	ไม่มีเรียกคืนเงิน	รหัส ICD ผิด	OPD , IPD	
41	47-06074	51-38003	นาย ฉลอง วันชัย	ไม่มีเรียกคืนเงิน	รหัส ICD ผิด	OPD , IPD	
42	49-30069	51-48131	นาง กฤษณา นุตรินทร์	ไม่มีเรียกคืนเงิน	รหัส ICD ผิด	OPD , IPD	
43	51-06109	51-43877	จ.ส.อ. มานิต วรรณา	รออุทธรณ์	รหัส ICD ถูกต้อง	OPD , IPD	750,606.00

\* ลำดับที่ 23 นางกรองทอง เพิ่มไทย ทางรพ.ขอคืนเฉพาะค่าหน่วยแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 2,990 คงค้าง 173,064 บ.

หมายถึง เป็น Case ที่ทางรพ.ขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 30 ราย ส่วนจำนวนเงินที่อยู่ใน DRG ที่ทางรพ.ให้รหัส ICD ผิด ทางรพ.ไม่ทราบจำนวนเงินที่ต้องคืนกรมบัญชีกลางค่ะ

หมายถึง รพ.จะขออุทธรณ์ มีจำนวน 7 ราย



## แฟ้มข้อมูลยา

เป็นแฟ้มที่บรรจุข้อมูลการจ่ายยาและรายละเอียดของรายการยาที่จ่ายให้แก่ผู้ใช้บริการ ข้อมูลส่วนนี้ใช้ประกอบกับข้อมูลธุรกรรมการตรวจรักษา ที่ใช้อยู่ในระบบเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

## แหล่งข้อมูลและความสัมพันธ์

ธุรกรรมใดที่มีการจ่ายยา สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการจ่ายยาและรายการยาที่จ่ายมาประกอบด้วย

ข้อมูลการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยในแฟ้มนี้ คือรายละเอียดการจ่ายยาที่เกี่ยวข้องกับรายการธุรกรรมการตรวจรักษาหลักของผู้ป่วยที่อยู่ในแฟ้ม BILLTRANYYYYMMDD.txt ของระบบเบิกข้างต้น บันทึกการให้บริการ, การรักษา, การจ่ายยา ในระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิที่ใช้จัดทำข้อมูลในแฟ้มนี้ สถานพยาบาลเลือกใช้วิธีการรวบรวมและประมวลข้อมูลตามวิธีที่เหมาะสมกับระบบ แต่จะต้องดูแลความเชื่อมโยงของข้อมูลในแฟ้มธุรกรรมหลักกับแฟ้มข้อมูลยาให้ถูกต้องและครบถ้วน และใช้องค์ประกอบข้อมูล (data element) เกี่ยวกับการจ่ายยา ในรูปแบบ (format) ตามข้อกำหนดของเอกสารนี้เป็นแนวทางในการจัดทำ

## โครงสร้างแฟ้ม

ชื่อแฟ้ม	BillDispYYYYMMDD.TXT YYYYMMDD เป็นส่วนของชื่อที่ถูกแทนวันที่จากปฏิทินสากล YYYY = เป็นปีคริสต์ศักราช MM = เดือน 01 – 12, เดือนที่ 1–9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า DD = วันที่ 1–28 29 30 31 วันที่ 1–9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า ชื่อแฟ้มเป็นตัวอักษร Roman ที่ไม่ case-sensitive (upper หรือ lower case ของตัวอักษร ถือว่าไม่ต่างกัน)
ประเภทแฟ้ม	เป็นแฟ้มชนิด text file ตัวอักษรและสัญลักษณ์ของข้อความใช้ encoding ISO-8859-11 (เหมือนกับ encoding Windows-874 และ TIS-620) ซึ่งรองรับตัวอักษรโรมันที่ใช้กับภาษาอังกฤษและตัวอักษรไทย
เนื้อหาข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโครงสร้างตามรูปแบบ XML มี root node ที่ชื่อ <ClaimRec>ภายในประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ 3 ส่วนคือ - <Header> ระบุประเภทชุดข้อมูลธุรกรรม และข้อมูลกำกับการรับส่งและงวดเบิกจ่าย - <Dispensing> รายการใบ(การ)สั่งยา - <DispensedItems> รายการยาของแต่ละรายการที่จ่ายให้ตามรายการการจ่ายยา
ส่วนตรวจกำกับ	processing instruction <?EndNote Checksum="MD5 Value"?> ที่ท้ายสุดของแฟ้มข้อมูลแสดง MD5 key ที่ได้จากการนำเนื้อหาทั้งหมดตั้งแต่ <?xml version= ... ถึง byte สุดท้ายของ </ClaimRec> (รวม &eol ถ้ามี) มา hash เป็นรหัสแล้วแปลงเป็น hex-binary string ขนาด 32 ตัวอักษร บันทึกไว้เป็น "MD5Value" checksum นี้ถูกนำมาใช้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแฟ้ม

## การจัดส่งแฟ้ม

แฟ้ม BillDispYYYYMMDD.txt แต่ละงวดจะถูกจัดส่งมาพร้อมกับ BILLTRANYYYYMMDD.txt ใน zip file เดียวกัน ชื่อแฟ้มส่วน YYYYYMMDD จะเหมือนกันทั้ง 2 แฟ้มเพราะถือว่าการเบิกงวดเดียวกัน ช่องทางในการส่ง zip file, กำหนดระยะเวลาการส่งข้อมูล, การตอบรับเบื้องต้นและการแจ้งผลการตรวจสอบรายวัน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด



## โครงสร้างของเนื้อหาในแฟ้ม BILLDISPYYYYMMDD.TXT

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?> +
<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.91"> ++
<Header>
  <HCODE>HospCode</HCODE>
  <HNAME>HospName</HNAME>
  <DATETIME>GenDT</DATETIME>
  <SESSNO>SessionID</SESSNO>
  <RECCOUNT>RecordCount</RECCOUNT>
</Header>
<Dispensing>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15&eol
...&eol
</Dispensing>
<DispensedItems>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18&eol
...&eol
</DispensedItems>
</ClaimRec> ++
<?EndNote Checksum="MD5Value"?> +++
```

- โปรดสังเกต**
- เพิ่ม processing instruction <?xml ...>+ และ <?EndNote ...>+++
  - ย้าย</ClaimRec>จากบรรทัดบน++ ไปต่อท้าย child element สุดท้ายในตำแหน่งที่ถูกต้อง

### คำอธิบายสัญลักษณ์พิเศษ

&eol	end-of-line หรือตัวจบบรรทัด, ในเอกสารนี้แสดงเป็น &eol ใช้อักษร 2 ตัว ASCII 0D, 0A (hexadecimal) หรือ 1 ตัว ASCII 0A ก็ได้
" "	field separator (fs), ใช้คั่นระหว่าง data element ให้เป็น field เรียงต่อกัน ใช้ตัวอักษร vertical bar (ASCII 7C hex/124 dec)
{1-18}	data element ต่างๆ, เลขที่แสดงนี้ตรงกับเลขลำดับในตารางอธิบาย data element ของ <Dispensing> และ <DispensedItems>ข้างล่าง
< >	เป็นสัญลักษณ์ปิดท้ายของ tag name ตาม format ของ XML

คุณสมบัตินี้และข้อกำหนดของ tagged-element ตาม XML specification โดยย่อ

```
<ElementName>Content</ElementName>
```

- Content คือเนื้อหาของข้อมูลของ data element นั้นๆ
- <ElementName> คือ tag เริ่มต้น (start-tag) ของเขตข้อมูลของ element นี้ และ </ElementName> คือ tag สิ้นสุด (end-tag) ของเขตข้อมูลของ element นี้ (สังเกต เครื่องหมาย / นำหน้าชื่อ tag)
- ชื่อ element ของ tag ทั้งคู่จะต้องเหมือนกัน และตัวอักษรที่ใช้เป็นแบบ **case-sensitive** (AB ต่างจาก Ab, aB, ab)

ข้อมูลใน <Header> บันทึกเป็น text ตามตาราง format และคำอธิบาย data element ส่วน Header

ข้อมูลแต่ละรายการจ่ายยาใน <Dispensing> และแต่ละรายการยาใน <DispensedItems> บันทึกเป็น text ตามข้อกำหนดของ data element แต่ละส่วนตามตารางข้างล่าง และบันทึกในรูปแบบดังต่อไปนี้

- บันทึกเป็นรายการละ 1 บรรทัด
- แต่ละบรรทัดประกอบด้วย data element บันทึกเป็น field ต่อกันตามลำดับที่ระบุในคอลัมน์ # โดยไม่มีเว้น
- ทุก field ใช้ fs ปิดท้ายคั่น field ที่ตามมา ยกเว้น field สุดท้ายใช้ &eol ปิดท้ายแทน fs
- Field ที่ไม่มีข้อมูลจะบันทึกเฉพาะ fs มีผลให้ fs นี้อยู่ชิดกับ fs ของ field ก่อนหน้า



ในกรณีที่ไม่มีรายการเบิกจ่ายในรายการ BILLTRAN ใดๆ ในงวดส่งหนึ่งๆ ก็ต้องส่งแฟ้ม BillDispYYYYMMDD.txt มาพร้อมกับ BILLTRANYYYYMMDD.txt งวดเดียวกันเสมอ และในกรณีพิเศษนี้

1. ข้อมูลต่างๆ ในส่วน ของ <Header> จะใช้รูปแบบตามปกติ ยกเว้นว่าค่าของ <RECCOUNT> จะเป็น "0" เพราะไม่มีรายการเบิกจ่ายเลย
2. <Dispensing> และ <DispensedItems> จะเป็น element ว่างๆ ไม่มีรายการอยู่
3. ค่าของ MD5Value ของ Checksum ใน <?EndNote ?> ยังต้องคำนวณและส่งมาด้วย

## รูปแบบและความหมายของข้อมูล

Format และคำอธิบายของ data element ส่วน <Header>

Element Name	Field Description	len	format	required
HospCode	รหัสหน่วยบริการ(สถานพยาบาล)ที่ส่งข้อมูล	5	HC1	y
HospName	ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูล		ST	y
GenDT	วันที่และเวลาที่จัดทำข้อมูลส่ง	19	DT3	y
Session ID	เลขลำดับงวดส่งซึ่งสถานพยาบาลเป็นผู้กำหนด, ไม่ซ้ำกันระหว่างชุด เป็นเลขเดียวกับ Session ID ใน BilltranYYYYMMDD.TXT ที่ส่งมาในงวดเบิกเดียวกัน	5+	ID1	y
RecordCount	จำนวนรายการการจ่ายยาที่มีอยู่ใน <Dispensing>	1+	IN1	y

ตารางคำอธิบายและข้อกำหนดของรูปแบบข้อมูลต่างๆ

รูปแบบ	ข้อกำหนด
HC1	รหัสสถานพยาบาล 5 หลักตามสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นที่ สนย. ไม่ได้กำหนดไว้ จะมีการแจ้งเป็นกรณีเฉพาะ)
ID1	<= 9 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9   A...Z   -   /
ID2	13 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9
ID3	>= 9 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9   A...Z   -   /
IN1	เลขจำนวนเต็ม (Integer) กรณีไม่มีข้อมูลใส่ 0 (ศูนย์)
DT1	date: แสดงวันที่ ใช้รูปแบบการแสดงวันที่จากปฏิทินสากลตามมาตรฐาน XML (ซึ่งอ้างอิง ISO 8601) เป็น [YYYY]-[MM]-[DD] โดย YYYY = ปี, เป็นปีคริสต์ศักราช 0000 - 9999 MM = เดือน, 01-12, เดือนที่ 1-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า DD = วันที่, 1-28 29 30 31 วันที่ 1-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า ทั้งนี้ สัญลักษณ์ [] ใช้แยกตัวแปรแต่ละตัวออกจาก ตัว template ของ format ไม่ใช่ในเนื้อข้อมูล
DT2	time: แสดงเวลา ใช้รูปแบบการแสดงผลเวลาสากลตามมาตรฐาน XML (ซึ่งอ้างอิง ISO 8601) เป็น [HH]:[mm]:[ss] โดย HH = ชั่วโมง, 00-23 ชั่วโมง 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า mm = นาที, 00-59 นาที 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า ss = วินาที, 00-59 วินาที 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า 1 วินาทีหลังเวลา 23:59:59 = เวลา 00:00:00 ของวันถัดไป ทั้งนี้ สัญลักษณ์ [] ใช้แยกตัวแปรแต่ละตัวออกจาก ตัว template ของ format ไม่ใช่ในเนื้อข้อมูล
DT3	date time: แสดงวันที่และเวลา ใช้รูปแบบวันที่จากปฏิทินสากล + เวลา ตามมาตรฐาน XML (ซึ่งอ้างอิง ISO 8601) เป็น DT1 + "T" + DT2 ซึ่ง = [YYYY]-[MM]-[DD]T[HH]:[mm]:[ss] YYYY = ปี, เป็นปีคริสต์ศักราช 0000 - 9999 MM = เดือน, 01-12, เดือนที่ 1-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า DD = วันที่, 1-28 29 30 31 วันที่ 1-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า HH = ชั่วโมง, 00-23 ชั่วโมง 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า mm = นาที, 00-59 นาที 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า ss = วินาที, 00-59 วินาที 0-9 ต้องมีเลข 0 นำหน้า 1 วินาทีหลังเวลา 23:59:59 = เวลา 00:00:00 ของวันถัดไป ทั้งนี้ สัญลักษณ์ [] ใช้แยกตัวแปรแต่ละตัวออกจาก ตัว template ของ format ไม่ใช่ในเนื้อข้อมูล
CR1	จำนวนเงิน หน่วยเป็นบาท format: [M][N][N][N][N][N].NN; M= 0...9   - ; N = 0...9 (ไม่มี , คั่นที่หลักพันและหลักล้าน จำนวนเงินที่เป็นลบให้ใส่เครื่องหมายลบ (-) ที่หลักแรกทางซ้าย) เดิม .00 ต่อท้ายกรณีเป็นจำนวนเงินบาทถ้วน กรณีไม่มีข้อมูลใส่ 0.00
DR1	รหัสผู้ให้บริการสุขภาพ Format: Annnn A ขึ้นกับผู้ให้บริการ: A = ว สำหรับแพทย์ A = ท สำหรับทันตแพทย์ A = พ สำหรับพยาบาล A = ก สำหรับเภสัชกร A = "-" สำหรับบุคลากรประเภทอื่นที่ส่งยานี้ nnnn = เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ กำหนดให้มีจำนวนตั้งแต่ 4 หลักขึ้นไป ถ้ามี space ให้ต่อท้ายได้เท่านั้น
ST	String ข้อมูลแบบตัวอักษรที่ไม่ได้กำหนดขนาดและชนิดตัวอักษร เว้นแต่ว่ามีระบุไว้ด้วยแบบตัวอย่าง (template) ที่กำหนดมาด้วย



**Data element และ format ของรายการใน <Dispensing> ❖1**

#	Element Name	Field Description	key	len	format	required
1	provider ID	รหัสหน่วยให้บริการ		5	HC1	y
2	dispense ID	เลขสำคัญการจ่ายยา ❖2	PK	9+	ID3	y
3	invoice no	เลขสำคัญการเบิกที่อ้างอิง -> billtran.invno ❖0	FK	9+	ID3	y
4	HN	เลข/รหัสประจำตัวผู้ป่วย	FK	5+	ID1	y
5	PID	เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย	FK	13	ID2	y
6	prescription date	วันที่-เวลาสั่งยา		10 19	DT1 DT3	y
7	dispensed date	วันที่-เวลาที่ผู้ใช้บริการรับยาที่จ่าย		19	DT3	y
8	prescriber	เลข ว.ผู้สั่งยา (แพทย์) หรือผู้สั่งแทน		5+	DR1	y
9	item count	จำนวนรายการยาในการจ่ายยานี้		1-2	IN1(1-99)	y
10	charge amount	รวมราคาจำหน่ายของยาทุกรายการในการจ่ายยานี้ = sum(dispensedItems.charge amount)		4+	CR1	y
11	claim amount	รวมค่ายาที่เบิกได้ของยาทุกรายการในการจ่ายยานี้ = sum(dispensedItems.reimb amount) ❖3		4+	CR1	y
12	paid amount	ค่ายาส่วนที่ผู้ใช้บริการจ่าย ❖4		4+	CR1	y
13	other amount	ค่ายาส่วนที่เหลือ ❖5		4+	CR1	y
14	reimbuser	ผู้เบิก		2	code1	(o) y
15	benefit plan	เรียกเก็บค่ายาส่วนที่เบิกได้จาก สวัสดิการรักษา ประกันสุขภาพที่มีสิทธิ		2	code2	(o) y
16	dispense status	สถานะ การจ่ายยา		1	code3	(o) y

**คำอธิบายค่าใน column "required"**

y ต้องใช้ในการขอเบิก, ใช้ตั้งแต่ระยะแรกเป็นต้นไป

(o) y ต้องใช้ในการขอเบิก, ระยะแรกเลือกส่งหรือไม่ก็ได้ -ต่อไปจะประกาศเป็นข้อมูลที่ต้องส่ง

**คำอธิบายเพิ่มเติม**

❖0 invoice no – เป็น foreign key ที่อ้างอิงรายการใน <BILLTRAN> ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ข้างล่าง ที่ส่วน "ความเชื่อมโยงของรายการข้อมูลยากับข้อมูลธุรกรรมเบิก" ในหัวข้อ "Link ระหว่างรายการเบิกหลักใน <BILLTRAN> กับการจ่ายยาใน <Dispensing>"

❖1 <Dispensing> ชื่อ tag นี้เป็นแนวคิดที่ตรงกับเรื่องของการเบิกจ่ายยาในการใช้ข้อมูลชื่อยาและจำนวนยาที่จ่ายจริงเป็นเกณฑ์ มากกว่า prescription ที่สื่อไปที่ใบสั่งยา เพราะข้อมูลจากใบสั่งยาอาจทำให้เกิดความสับสนในการจัดทำข้อมูลที่ถูกต้องได้ เช่นยาที่จ่ายอาจจะเป็ดยาคนละชื่อยากับตัวที่สั่ง และจำนวนยาที่สั่งอาจไม่เท่ากับจำนวนที่จ่าย เป็นต้น ในที่นี้จึงเลือกใช้ "การจ่ายยา" เป็นคำเรียกข้อมูลส่วนนี้

❖2 โดยปกติแล้วข้อมูลการตรวจรักษา, การสั่งยา, การจัดยา, การจ่ายยา, และการเก็บค่ารักษา จะเชื่อมโยงกันด้วย key ต่างๆ ตามวิธีที่ระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลออกแบบไว้ ระบบสารสนเทศของแต่ละสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันไม่มีมาตรฐานกลางที่ใช้เป็นแบบฉบับ ระบบเบิกจ่ายนี้จึงจำเป็นต้องเลือก primary key และ key อื่นๆ ของรายการการจ่ายยานี้ขึ้น และกำหนดความสัมพันธ์ในการเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบต่างๆ ข้างต้นไว้ในเอกสารให้ชัดเจนเพียงพอที่สถานพยาบาลจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลได้

และการที่รายการข้อมูลการเบิกจ่ายจำเป็นต้องตรวจสอบย้อนกลับไปหาข้อมูลในระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลที่เป็นต้นตอของการให้บริการที่เกิดขึ้นและได้ส่งข้อมูลขอเบิกไปได้ จึงจำเป็นต้องกำหนดคุณสมบัติของ key "dispense ID" นี้ให้ชัดเจนเพื่อให้สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลเบิกนี้ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพช่วยการตรวจสอบการเบิกจ่ายโดยป้องกันการเบิกที่ผิดพลาดหรือซ้ำซ้อน ลดปัญหาที่มักเกิดขึ้นเมื่อมีการเรียกข้อมูลเพื่อตรวจสอบแล้วพบว่าไม่สามารถเรียกข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาให้ตรวจยืนยันได้ ด้วยความจำเป็นหรือความต้องการที่กล่าวนี้ จึงขอขยายความแนวคิดที่ใช้กำหนดออกแบบและตัวอย่างของวิธีการทำ dispense ID ไว้ในคำอธิบายเพิ่มเติมนี้ ดังนี้



- "dispense ID" นี้เป็น **primary key** ของรายการจ่ายยาที่ส่งไปให้กับระบบเบิกจ่าย ซึ่งไม่ใช่ **primary key** ของรายการใบสั่งยาที่สถานพยาบาลใช้อยู่
- สถานพยาบาลอาจใช้เลขที่ใบสั่งยาเป็น primary key ในระบบ แล้วนำมาใช้ต่อเป็น "dispense ID" แต่ต้องแน่ใจในความถูกต้องและ integrity ของ key นี้เมื่อมีการใช้ในระบบงานบริการจริง เพราะเลขที่ใบสั่งยานี้อาจเป็น
  - o เลขที่กำหนดตั้งแต่พิมพ์ใช้ที่ห้องตรวจ ซึ่งอาจจะพิมพ์ล่วงหน้าและอาจไม่ได้ถูกใช้
  - o เลขที่ออกให้ภายหลังในพื้นที่บริการ โดยเฉพาะเมื่อเป็นใบสั่งยาที่ไม่ได้พิมพ์จากโปรแกรม
  - o เลขที่ออกให้จากระบบสั่ง/จ่ายยา โดยใช้เอกสารอื่นๆ ของ ward หรือห้องผ่าตัด
- ใบสั่งยาหนึ่งๆ อาจจะถูกแบ่งจ่ายได้เป็นหลายครั้ง การแบ่งจ่ายยาเป็นไปตามความเหมาะสมของระบบงานหรือตามความต้องการของผู้สั่งยาหรือผู้ป่วยก็ได้ แต่ในการเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพแทนผู้ป่วยนี้ ประเภทของยา กฎเกณฑ์การเบิกเพิ่มเติม และวิธีทางบัญชีอาจจำเป็นต้องแยกรายการเป็นชุดที่เหมาะสมกับวิธีการจัดทำข้อมูลเบิกด้วย ชุดข้อมูลยาที่เบิกแต่ละชุดจะถูกจัดรวมกันไว้เป็น "การจ่ายยา" 1 ครั้ง และ "การจ่ายยา" หนึ่งๆ จะต้องมีการมี "dispense ID" เป็น primary key ประกอบด้วยเสมอ การแบ่งยาไปจ่ายครั้งหลังจะต้องมีการบันทึกเป็นรายการจ่ายยาครั้งใหม่ด้วย หากรายการจ่ายยาครั้งหลังในส่วนที่เหลือใช้ dispense ID เดียวกันกับครั้งก่อนหน้า dispense ID นี้ไม่ใช่ primary key อีกต่อไปเพราะรายการจ่ายยาจะซ้ำกันและรายการยาที่จ่ายของทั้งสองครั้งจะแยกแยะไม่ได้ว่าเป็นการจ่ายในครั้งไหน
- Dispense ID อาจใช้ [เลขที่ใบสั่งยา(ที่กล่าวไว้ข้างต้น) + วันที่เวลาของการจ่ายยา] หรือเป็น [เลขที่ใบสั่งยา + เลขลำดับที่ไม่ซ้ำกัน] หรืออาจเป็น [เลขรหัสที่ไม่ซ้ำกัน] ที่สร้างขึ้นใหม่ เมื่อมีการบันทึกการสั่งจ่ายยาด้วยโปรแกรมงานที่เกี่ยวข้อง การเลือกใช้ key แบบใดในขั้นตอนไหนเป็นเรื่องที่สถานพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมเอง

❖3 เป็นค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลจะเรียกเก็บจาก "benefit plan" ค่าใช้จ่ายนี้คำนวณตาม "reimb price" ที่แต่ละ "benefit plan" กำหนดและทำความตกลงไว้กับสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายนี้เป็นยอดรวม reimb amount ของยาในรายการจ่ายยานี้ (record ใน <DispensedItems> ที่มี dispense ID เดียวกัน)

กรณี reimburer=P1 แม้ค่ายาใน<DispensedItems> จะมี reimb price และมี reimb amount แต่ **claim amount ในกรณีนี้จะ เป็น 0** เพราะสถานพยาบาลไม่ได้ขอเบิกจำนวนนี้ ผู้ใช้บริการจะเบิกเอง

❖4 เป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ให้บริการชำระให้กับสถานพยาบาลจริง มูลค่าของส่วนนี้ส่วนใหญ่แล้วก็คือ charge amount (Ch) – claim amount (CI) นั่นเอง ส่วนต่างที่เกิดขึ้นนี้คือค่ารักษาส่วนที่ผู้ให้บริการต้องจ่ายเอง และสถานพยาบาลจะเรียกเก็บจากผู้ให้บริการ

(Ch) = (CI): ไม่มีส่วนต่างเกิดขึ้น

Paid amount = 0 ด้วย เป็นกรณีเบิกค่ายาจากสิทธิประกันฯได้ทั้งหมด จึงไม่มีการเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ให้บริการ เนื่องจากปัจจุบันยาที่เบิกในระบบประกันสุขภาพของรัฐมักจะให้เบิกด้วยราคา ยาของสถานพยาบาล

(Ch) มากกว่า (CI): มีส่วนต่างเกิดขึ้น

ส่วนต่างนี้ในผู้ให้บริการที่มีประกันสุขภาพ บางกรณีอาจจะเรียกว่า co-payment ก็ได้ ซึ่งในระบบสวัสดิการข้าราชการระยะต่อไปจะมีได้บ่อยขึ้น เนื่องจากจะมีการกำหนดค่ายาเบิกได้ "reimb price" ของยาบางตัวที่ต่ำกว่าราคา unit price ก็ได้

**paid amount = (Ch) – (CI)**

กรณีนี้สถานพยาบาลจะเรียกเก็บส่วนต่างนี้กับผู้ให้บริการ ซึ่งโดยปกติจะเรียกเก็บได้ทั้งหมด

**paid amount < (Ch) – (CI)**

แต่ paid amount น้อยกว่า (Ch) –(CI) ก็ได้จากกรณีต่างๆ เช่น

- ผู้ให้บริการจ่ายไม่ได้หรือได้เพียงบางส่วน ส่วนที่เหลือสถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบให้
- สถานพยาบาลอาจมีสวัสดิการหรือส่วนลดค่าใช้จ่ายให้พิเศษ
- ผู้ให้บริการอาจจะมีประกันสุขภาพอื่นๆ อีกนอกเหนือจาก "benefit plan" ที่แจ้ง และสถานพยาบาลดำเนินการเรียกเก็บจากประกันสุขภาพนั้นแทน



การบันทึกค่า paid amount นี้ ให้บันทึกตามการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผู้ให้บริการที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วก็คือค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บแล้วออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ให้บริการไป ส่วนการที่ผู้จ่ายค่ารักษาจะนำใบเสร็จไปเบิกคืนหรือไม่เป็นอีกขั้นตอน

❖5 เป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือทั้งหมดที่จะทำให้ ยอดรวมทั้งหมดถูกต้องตามสูตรการคำนวณนี้

$$\text{charge amount} = \text{claim amount} + \text{paid amount} + \text{other amount}$$

ชุดข้อมูลนี้ไม่ได้กำหนดถึงรายละเอียดของ other amount ว่าเป็นจากกรณีใด แต่ให้แจ้งค่านี้ในรายการเดียวกันเพื่อใช้กระทบยอดว่าได้คำนวณและบันทึกข้อมูล charge, claim และ paid amount มาถูกต้องแล้ว ตัวอย่างหนึ่งที่ขออธิบายคือการส่งเคราะห์คำรักษาที่สถานพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไม่ได้มีกำหนด data element ไว้ให้เป็นการเฉพาะ กรณีที่ผู้ให้บริการไม่สามารถจ่ายคำรักษาทั้งหมด เพราะเป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพหรือเป็นผู้มีสิทธิ แต่ไม่สามารถจ่ายส่วนที่เกินสิทธิได้ หากสถานพยาบาลยกเว้นไม่เรียกเก็บเงินจากผู้จ่าย ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะอยู่ใน other amount และอาจจะเรียกเป็นส่วนที่สถานพยาบาลส่งเคราะห์ก็ได้

หมายเหตุ ข้อมูล other amount ตามที่กำหนดความหมายและแนวทางการบันทึกนี้ยังไม่ได้บังคับใช้ใน ระยะเริ่มต้นนี้ จำเป็นต้องรอความพร้อมของระบบงานสถานพยาบาลที่จะบันทึกข้อมูลตามแนวทางนี้ และต้องรอการปรับปรุงโครงสร้างของ BILLTRAN และ OPBills ให้เพิ่ม field "ClaimAmt" และ "OtherAmnt" และใช้วิธีการบันทึกในแนวทางเดียวกันนี้ด้วย ดังนั้น แม้ว่าจะมีการกำหนด other amount และ claim amount ไว้ใน <Dispensing> แล้ว แต่ในระยะแรกนี้ ยังไม่ใช้ other amount (ค่า = 0 เสมอ) ส่วน claim amount เป็นค่ายาที่ขอเบิกซึ่งเป็นยอดรวมของ DispensedItems.reimb amount

### รหัสและความหมายที่ใช้กับ data element ที่ format = codeX

#### code1: reimburser

รหัสผู้เบิกคำรักษา ใช้ระบุว่าค่าใช้จ่ายรายการนี้มีการเบิกจากระบบประกันสุขภาพหรือไม่ และถ้ามีการเบิกใครเป็นผู้เบิก

ปกติแล้วสถานพยาบาลจะเบิกคำรักษาจากประกันสุขภาพแทนผู้ให้บริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพได้ โดยเฉพาะในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสถานพยาบาลจะเป็นผู้เบิกเกือบทั้งหมด แต่ในกรณีที่ผู้ให้บริการอาจไม่สามารถใช้สิทธิผ่านระบบเบิกของสถานพยาบาลหรือเป็นความประสงค์ที่จะเบิกคำรักษาด้วยตนเอง ก็สามารถบันทึกกรณีต่างๆ ด้วยรหัสนี้ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลระบุนิติที่ผู้ให้บริการมีใน "benefit plan"

ฟิลด์นี้เป็น place holder ไว้เก็บข้อมูลที่บันทึกใน BILLTRAN ซึ่งได้จากการเรียกเก็บคำรักษาและขั้นตอนการพิมพ์ใบแจ้งคำรักษาที่หน่วยเก็บเงิน ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นจากระบบจ่ายยา

กรณีที่ reimburser เป็นสถานพยาบาลที่ขอเบิกนี้(HP) ค่าของ claim amount จะแสดงยอดรวมของ reimb amount ของยาในรายการจ่ายยานี้ แต่ถ้า reimburser ไม่ใช่ HP, claim amount ของรายการนี้จะเท่ากับ 0 เนื่องจากผู้ให้บริการจะจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วไปเบิกส่วน claim amount เอง

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
HP	สถานพยาบาลนี้	สถานพยาบาลนี้จะเรียกเก็บ claim amount จากสิทธิประกันสุขภาพ
P0	ไม่ทราบสถานการณ์ เบิก	เรียกเก็บคำรักษาจากผู้ให้บริการ ไม่ทราบ benefit plan ของผู้ให้บริการ ไม่ทราบว่าผู้ให้บริการจะเบิกหรือไม่
P1	ผู้ให้บริการขอเบิกเอง จาก benefit plan	เรียกเก็บคำรักษาจากผู้ให้บริการ และทางสถานพยาบาลได้ออกเอกสารแสดงค่าใช้จ่ายส่วนเบิกได้ตามสิทธิของผู้ให้บริการกำกับใบเสร็จคำรักษาพยาบาล

#### code2: benefit plan

เป็นรหัสระบุผู้จ่ายคำรักษา claim amount รายการนี้ ในกรณีผู้ใช้สิทธิมีสิทธิมากกว่า 1 สิทธิ รหัสนี้จะเป็นตัวระบุว่าเบิกจากสิทธิใด สถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลนี้จะเรียกเก็บคำรักษาจากผู้ให้บริการหรือจากระบบประกันสุขภาพที่ผู้ให้บริการมีสิทธิตามที่ระบุไว้ใน "reimburser"

ในระบบเบิกนี้ benefit plan คือ "CS" แตรหัส benefit plan อื่นๆ ในตารางข้างล่างก็สามารถใช้กับการจ่ายยาและการเบิกของระบบเบิกจ่ายอื่นๆ ได้ด้วย ทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลการจ่ายยาของระบบประกันสุขภาพ



ต่างๆ ในแฟ้มข้อมูลชุดเดียวกันได้ และหากระบบบันทึกการจ่ายยาของสถานพยาบาลมีข้อมูลนี้ก็จะใช้เป็น flag ช่วยจัดทำค่ายาส่วนที่เบิกได้และเงื่อนไขกำกับการเบิกที่อาจจะมีได้ ตัวอย่างเช่นค่ายาเบิกได้ "reimb price" ในรายการ <DispensedItems> ของรายการจ่ายยาที่ benefit plan = "CS" ก็จะใช้ reimb price ตามที่ระบบเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลางกำหนด เป็นต้น

นอกจากนี้ รหัสยังออกแบบให้ใช้กับการจ่ายยาให้แก่ผู้ใช้บริการที่ส่งต่อมาให้รักษา(RF) ซึ่งค่าใช้จ่ายอาจจะเรียกเก็บจากสถานพยาบาลที่ส่งมา หรืออาจให้หน่วยจัดการระบบเบิกจ่ายเป็นผู้ตัดบัญชี (clearing) จ่ายระหว่างกันก็ได้ และในกรณีที่คล้ายคลึงกัน รหัส S0 ใช้ระบุการจ่ายยาให้แก่ผู้ใช้บริการของหน่วยบริการอื่นของสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการนี้อาจจะมีการคิดค่าใช้จ่ายหรือการตัดบัญชีจากระบบที่มีวิธีจัดการเฉพาะแยกจากระบบเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกนี้ก็ได้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
NB	ไม่มีประกันสุขภาพ	ผู้ใช้บริการไม่มีหรือไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพใดๆ
CS	สวัสดิการฯ ขรก	สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
UC	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
SS	ประกันสังคม	
GO	องค์กรรัฐอื่น	องค์กรรัฐอื่น เช่น องค์กรอิสระของรัฐ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
GE	รัฐวิสาหกิจ	
RT	พ.ร.บ. ผู้ประสมภยจากรถฯ	
PI	ประกันชีวิตส่วนบุคคล	
EM	บริษัท/นายจ้างเอกชน	
RF	หน่วยบริการส่งต่อ	สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยมา และจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กรณีนี้มักจะเป็นการส่งข้อมูลให้หน่วยจัดการการเบิกจ่าย (เช่น สกส.) ตัดโอนค่าใช้จ่ายนี้จากสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้กับสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อและได้ให้บริการการรักษานี้(จ่ายยา)ไป
S0	หน่วยอื่นของสถานพยาบาล	หน่วยบริการพิเศษ (เช่น หน่วยไตเทียม) เป็นหน่วยที่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย แล้วหน่วยบริการนั้นจะเบิกจากกองทุนอีกต่อเอง เช่น อาจจะใช้กับผู้ใช้สิทธิ หรือใช้กับการรักษาแบบเหมาจ่าย
ZZ	อื่นๆ	ผู้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ได้กำหนดไว้ข้างต้น

### code3: dispense status

ข้อมูลแสดงสถานะการจ่ายยาและการขอเบิกของการจ่ายยานี้ ในกรณีปกติ dispense status = 1 ต่อมาหากพบว่ามีการจ่ายยานี้มีผลเปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีการบันทึกแก้ไขด้วยการระบุสถานะสุดท้ายของการสั่ง/จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วส่งรายการจ่ายยานี้อีกครั้งพร้อมข้อมูลประกอบการแก้ไขให้ระบบเบิกจ่ายตามขั้นตอนการแก้ไขข้อมูล รายละเอียดของวิธีแก้ไขข้อมูลจะแจ้งในเอกสารเกี่ยวกับการแก้ไขข้อมูลเบิกในระยยะต่อไป

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
0	ยกเลิก, ไม่มีการจ่ายยา	ใช้ระบุยกเลิกรายการจ่ายยาที่บันทึกไว้แต่ไม่ได้จ่ายให้แก่ผู้ใช้บริการ รายการนี้ปกติจะไม่ได้ส่งเบิก แต่ถ้าส่งเบิกไปจะถูกปฏิเสธไม่ให้เบิก
1	รับยาแล้ว	กรณีปกติ
2	แก้ไข, คินยาหรือเปลี่ยนยา	จ่ายยาและส่งเบิกแล้ว ต่อมามีการขอคืนหรือเปลี่ยนยาบางรายการหรือทุกรายการ และแต่ละรายการเป็นการคืนหรือเปลี่ยนยาบางส่วนหรือทั้งหมด <i>ข้อมูลการคืนหรือเปลี่ยนยา และระบบจัดการเป็นส่วนหนึ่งของระบบแก้ไขข้อมูล</i>
3	แก้ไข, เบิกผิดพลาด	จ่ายยาและส่งเบิกแล้ว ต่อมาขอแก้ไขข้อผิดพลาดในข้อมูลการจ่ายยาที่ส่งเบิก เป็นการแก้ไขข้อมูลที่ทำผิด ไม่เกี่ยวกับการขอคืนยาหรือเปลี่ยนยา <i>ข้อมูลของการแก้ไข และระบบจัดการเป็นส่วนหนึ่งของระบบแก้ไขข้อมูล</i>



### Data element และ format ของรายการใน <DispensedItems>

#	Element name	Field Description	key	len	format	required
1	dispense ID	เลขสำคัญ-เลขที่การจ่ายยา ->dispensing.dispense ID	FK	9+	ID3	y
2	product category	ประเภทยาและเวชภัณฑ์		1	code4	y
3	hospital drug ID	รหัสยาที่รพ.กำหนด อ้างอิงได้ถึงระดับชื่อการค้าและ dfs + pack size	FK	5+	ST	(y) o
4	drug ID	รหัสยาในระบบสวัสดิการฯ <b>◆a</b>	FK	6+	ST	(n-ni) y
5	dfs code	รหัส dose, form, strength	FK	*	ST	(o) n
6	dfs text	ชื่อยา <b>◆b</b> + ข้อความแสดง dose, form, strength		*	ST	(y) n
7	pack size	ขนาดบรรจุ		*	ST	(y) n
8	sig code	รหัสวิธีใช้ยา (usage instruction) <b>◆c</b>	FK	*	ST	(o-ni) y
9	sig text	วิธีใช้ยา		*	ST	(y) n
10	quantity	ปริมาณยาที่จ่าย		1+	IN1	y
11	unit price	ราคาขายต่อหน่วย		4+	CR1	y
12	charge amount	ยอดรวมค่ายาที่จ่าย=quantity x unit price		4+	CR1	y
13	reimb price	ราคาต่อหน่วยที่เบิกได้จาก benefit plan <b>◆d</b> = unit price ถ้าบก.ไม่ได้กำหนด		4+	CR1	(y-ni) y
14	reimb amount	ยอดเบิกได้=quantity x reimb price ของรายการนี้		4+	CR1	y
15	product selection code	รหัสการจ่ายยา generic แทน ตามที่ผู้สั่งยากำหนดไว้หรือไม่		1	code5	(o) y
16	refill	จำนวนครั้งที่ให้ refill ได้ <b>◆e</b>		1	IN1	(o) y
17	claim control	เงื่อนไขค่ากับการเบิก		2	code6	(o) y
18	claim category	ประเภทบัญชีเบิกพิเศษ		3	code7	(o) y

#### คำอธิบายค่าใน column required

- y ต้องใช้ในการขอเบิก, ใช้ตั้งแต่ระยะแรกเป็นต้นไป
- (y) o ต้องใช้ในการขอเบิกระยะแรก ระยะต่อไปจะเป็นข้อมูลที่เลือกส่งได้
- (n-ni) y ยังไม่ใช้ในการเบิกระยะแรกนี้, รอการกำหนดรหัสให้ใช้แทน ต่อไปเป็นข้อมูลที่ต้องใช้ในการขอเบิก
- (o-ni) y เลือกส่งได้ในระยะแรก, รอการกำหนดรหัสให้ใช้แทน ระยะต่อไปเป็นข้อมูลที่ต้องใช้ในการขอเบิก
- (y) n ต้องใช้ในการขอเบิกระยะแรก, ระยะต่อไปจะไม่ใช้ เนื่องจากมีข้อมูลแทนแล้ว
- (y-ni) y ต้องใช้ในการขอเบิกระยะแรก, รอการกำหนดรหัสให้ใช้แทน ต่อไปเป็นข้อมูลที่ต้องใช้ในการขอเบิก
- (o) n ระยะแรกเลือกส่งได้ถ้ามีการใช้รหัสนี้ในสถานพยาบาล ต่อไปเป็นข้อมูลที่ไม่ใช้ในการขอเบิก
- (o) y ระยะแรกเลือกส่งได้ -ต่อไปจะเป็นข้อมูลที่ต้องใช้ในการขอเบิก

#### คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับ data element

- ◆a** รหัสนี้อยู่ในบัญชีรายการยาของสวัสดิการรักษาสถานพยาบาลข้าราชการ ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการจัดทำ รหัสนี้จะอ้างอิงชื่อยา, dose, form, strength และขนาดบรรจุได้
- ◆b** ระยะที่ยังไม่มีการใช้ "drug ID" ขอให้สถานพยาบาลแจ้งชื่อยาที่เบิกโดยส่งไว้ใน "dfs text" ชื่อยานี้จะใช้เป็นข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องกับบัญชียาของสถานพยาบาลที่ส่งให้กับ สกส. ไว้ก่อนหน้า เมื่อมีการใช้ "drug id" แล้ว "dfs text" จะเปลี่ยนสถานะจาก "ต้องใช้" เป็น "เลือกส่ง" และ "ไม่ต้องใช้" ในที่สุดเมื่อประกาศใช้แล้ว หมายเหตุ: ดูคำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับส่วนข้อความแสดง dose, form, strength ได้ในหัวข้อ "คำอธิบาย dfs text เพิ่มเติมเฉพาะในส่วนข้อความแสดง dose, form, strength"
- ◆c** รหัสใช้ระบุวิธีใช้ยา ระยะแรกจะเป็นรหัสตามที่สถานพยาบาลใช้ ในระยะต่อไปจะเป็นรหัสอ้างอิงที่นอกจากจะไปถึงวิธีการใช้ยาแล้ว ยังจะเป็นรหัสที่ใช้คำนวณจำนวนยาที่ใช้ต่อวันหรือต่อระยะเวลาได้ ในระยะแรกขอให้สถานพยาบาลที่มีรหัสวิธีใช้ยาให้อยู่ส่ง sig code นี้มาในข้อมูลเบิกด้วย
- ◆d** ค่ายาเบิกได้ที่กำหนดโดย benefit plan

ในกรณีเบิกจากสวัสดิการฯ ข้าราชการ จะเป็นราคาต่อหน่วยของยานี้ตามในบัญชียาสวัสดิการฯ

- ในระยะที่ยังไม่ประกาศใช้บัญชียาฯ นี้ กรมบัญชีกลางให้เบิกตามราคาขายของสถานพยาบาล
- ระยะต่อไปเมื่อประกาศใช้บัญชียาฯ แล้ว ยาตัวใดที่มีราคาเบิกกำหนดไว้ ให้ใช้ reimb price นี้เป็นตัวคำนวณค่ายาส่วนที่ส่งเบิกจากกรมบัญชีกลาง
- ยาที่ "claim control" ระบุเป็นเบิกไม่ได้ "reimb price" = 0

หากระบบประกันสุขภาพอื่นกำหนดราคาเบิกได้ในลักษณะเดียวกันนี้ "reimb price" ของรายการยานี้ก็จะอ้างอิงกับราคาดังกล่าว และสามารถใช้คำนวณส่วนที่ส่งเบิกจากระบบประกันสุขภาพนั้นในลักษณะเดียวกันได้

❖e Refill – มีแนวทางการใช้หลาย model ตั้งแต่กำหนด เป็นจำนวนยา, จำนวนวัน, จำนวนครั้ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่บันทึกไว้ในใบสั่งยา (หรือ computer) ทำให้เภสัชกรรู้ว่าจะจ่ายยาครั้งต่อไปเป็น refill (ไม่ต้องได้ใบสั่งยาใหม่หรือไม่ต้องพบแพทย์) ได้หรือไม่ การใช้ในที่นี้ refill จะใช้เป็นการระบุว่าเป็นการจ่ายยาแบบ refill จะระบุเป็นเลขบอกครั้งที่ (1, 2, 3...) หรือ 0 = จ่ายยาปกติ, 1 = refill ก็ได้ (ถ้าระบบข้อมูลสถานพยาบาล ยังไม่ใช้ refill ให้วางไว้ และถือว่า = 0)

ต้องไม่สับสนกับ repeat medication ที่แพทย์ออกใบสั่งยาให้เป็นยาเดิม กรณีนี้ไม่ใช่ refill

ประโยชน์ของการบันทึก refill ของระบบนี้ ช่วยให้การตรวจสอบใบสั่งยาหรือบันทึกในเวชระเบียน ในกรณีที่เป็น refill ได้รับการยกเว้นว่าไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่ หรือไม่ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนได้ และใช้เป็นข้อมูลที่ช่วยนับจำนวนการจ่ายยาที่ไม่ได้พบแพทย์ด้วย

### คำอธิบาย dfs text เพิ่มเติมเฉพาะในส่วนข้อความแสดง dose, form, strength

ระยะแรกเป็นตามที่สถานพยาบาลใช้อยู่ ที่แจ้งไว้เป็นแนวทางในการกำหนดแบบมาตรฐานที่จะใช้แสดงคุณสมบัติของยาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ dosage form and strength ที่จะใช้ในบัญชียาที่กำลังจะประกาศใช้

แสดง รูปแบบ (dose form), ปริมาณตัวยาออกฤทธิ์ (active ingredient), ความแรง (strength), และขนาดบรรจุ (content) ของยาตามหน่วยเล็กที่สุดที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วยได้และมีการกำหนดราคาต่อหน่วยไว้

1. Dose form ใช้ตามรายการ dose form อ้างอิงที่กรมบัญชีจะพัฒนาเป็นมาตรฐานที่กำหนด ระหว่างนี้ให้สถานพยาบาลใช้รูปแบบตามที่ใช้อยู่แล้ว
2. Active ingredient แสดงเป็นตัวเลข + หน่วยน้ำหนัก(mg, gm) หรือ หน่วยเฉพาะ (unit, IU หรืออื่นๆ) ของยา
  - a. ยาที่หน่วยการจ่ายมีรูปแบบเป็นเม็ด(tab, cap) ให้ระบุเป็น:  
หน่วยน้ำหนักของตัวยา
  - b. ยาที่หน่วยการจ่ายมีรูปแบบเป็น vial, ampoule, หรือ prefilled syringe ซึ่งเจดนาให้ใช้ยาทั้งหน่วยบรรจุในคราวเดียว ให้ระบุเป็น:  
หน่วยน้ำหนักของตัวยา ต่อขนาดบรรจุนั้นๆ
  - c. ยาที่รูปแบบเป็นยาน้ำหรือสารละลายที่แบ่งใช้เป็น dose เช่นยาน้ำบรรจุขวด หรือใช้เพียงบางส่วน เช่น น้ำเกลือ ให้ระบุเป็น:  
ความแรงของยาเป็นตัวเลข + หน่วยน้ำหนักของยา/ปริมาตร หรือ ร้อยละของปริมาณยาหรือสารออกฤทธิ์/ปริมาณส่วนผสม(น้ำหนักหรือปริมาตร) และ  
ปริมาตรของขนาดบรรจุที่จำหน่ายนั้น
  - d. ยาที่รูปแบบเป็น cream หรือ gel ที่แบ่งใช้เป็น dose ได้ ให้ระบุเป็น:  
หน่วยน้ำหนักของยา หรือร้อยละของยา/น้ำหนักของส่วนผสมยา
  - e. ยาที่รูปแบบเป็น ยาพ่น ที่แบ่งใช้เป็น dose ได้ ให้ระบุเป็น:  
หน่วยน้ำหนักของยา/ขนาดการพ่น 1 ครั้ง และ  
จำนวนครั้งของการพ่นที่บรรจุไว้
  - f. ยาที่มีรูปแบบเฉพาะอื่นๆ ที่มีหน่วยบรรจุย่อยเป็นชิ้นๆ เช่นเป็น patch หรือเป็นvial เล็กๆ หลากๆ ชิ้น บรรจุเป็นกล่องที่ไม่แบ่งจ่าย ให้ระบุเป็น:  
ปริมาณตัวยาเป็นหน่วยน้ำหนัก หรือปริมาณบรรจุ ต่อ 1 หน่วยย่อย และ  
จำนวนชิ้นที่บรรจุในกล่อง
  - g. ยาที่มีแบบของการจ่ายเป็นชุด โดยมีขนาดบรรจุของตัวยาในหน่วยย่อยแต่ละหน่วยอาจแตกต่างกัน และมีจำนวนหน่วยย่อยๆ ที่แน่นอนต่อ 1 ชุด  
ไม่ต้องระบุปริมาณหรือความแรงของตัวยา



และ

### ระบุจำนวนหน่วยย่อยที่บรรจุอยู่ในชุดนั้น

DFS text นี้มีที่ใช้ที่คาบเกี่ยวกับเงื่อนไขอื่น ๆ ที่ใช้กับการเบิกจ่ายระบบเบิกจ่ายนี้เช่น

- Pack Size: อาจจะมีวิธีใช้ที่สับสนกับกรณีการจ่ายยาในข้อ g. ว่าจะใช้ปริมาณ quantity ใดๆ
- การไม่แบ่งจ่าย(ขาย)ยาเป็นหน่วยๆ เพราะต้องการขายเป็นชุดเพราะไม่ยากแกะ sealed package หรือเป็นเหตุผลทางวิธีจัดเก็บยา(epoetin)
- การแบ่งจ่ายยาเพราะใช้น้อยกว่าปริมาณของหน่วยบรรจุ ในวิธีปฏิบัติที่อาจแบ่งยา 1 ขนาดบรรจุใช้กับผู้ป่วยหลายคนในครั้งหนึ่งๆ ได้ และต้องการเบิกจ่ายตามที่ใช้จริงเท่านั้น เช่น botulinum toxin, cancer chemotherapy หรือ antiviral drug บางตัว

แนวทางในการจัดการจะกำหนดรายละเอียดให้ภายหลัง

### รหัสและความหมายที่ใช้กับ data element ที่ format = codeX

#### code4: product category

รหัสประเภทยา การจำแนกประเภทนี้เน้นเพียงเพื่อแยกประเภทยาหลักๆ ให้เหมาะกับการบริหารจัดการ การเบิกจ่ายในระยะแรก ต่อไปเมื่อมีความชัดเจนในวิธีแบ่งกลุ่มยาต่างๆ และมีระบบเบิกจ่ายยาประเภทอื่นๆ รวมทั้ง เวชภัณฑ์แล้ว ก็จะมีการปรับเปลี่ยน data element ที่ใช้กับเวชภัณฑ์และยาประเภทอื่นขึ้นใช้ในชุดนี้ หรืออาจ กำหนดเป็น data element ชุดใหม่ก็ได้

สำหรับการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทที่ 3-7 มีข้อยกเว้นการให้ไม่ต้องแจ้งข้อมูลที่จะไม่มี คือ field #4, #5, #7, #8, #9 ส่วนชื่อยาและรายละเอียดประกอบอย่างย่อ ยังให้ส่งเป็น text ไว้ใน field #6 – "dfs text"

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
1	ยาแผนปัจจุบันที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการค้า	คือยาส่วนใหญ่ เป็นยาที่มีผู้ผลิตเพื่อจำหน่ายและขึ้นทะเบียนไว้กับ องค์การอาหารและยาเป็นยาแผนปัจจุบัน
2	ยาแผนปัจจุบันผลิตใช้เอง	ยาแผนปัจจุบันที่เป็นเภสัชตำรับของสถานพยาบาลผลิตไว้ใช้เอง ไม่ได้จำหน่ายหรือผลิตให้แก่ร้านขายยาหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ
3	ยาแผนไทยที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการค้า	ยาแผนไทยตามตำรับที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเป็นยาที่มีผู้ผลิตจำหน่ายให้แก่ร้านขายยา หรือหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ
4	ยาแผนไทยผลิตใช้เอง	ยาแผนไทยที่ผลิตไว้จำหน่ายแก่ผู้ป่วยเอง ไม่จำหน่ายให้แก่หน่วยสถานพยาบาลอื่น *1
5	ยาแผนการรักษาทางเลือกอื่น	ยาของการรักษาแผนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ประเภท 1-4 ข้างต้น เช่นยาสมุนไพรจีน รวมทั้งผลิตใช้เองและที่ซื้อจากผู้ผลิต
6	เวชภัณฑ์	เวชภัณฑ์ที่จ่ายผ่านห้องยา *2
7	อื่นๆ	ประเภทอื่นนอกเหนือจากข้างต้น

\*1 กรณีที่แม้ว่าสถานพยาบาลผลิตยาขึ้นเอง แต่ได้จำหน่ายยาให้แก่ร้านขายยาหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ให้ถือว่าเป็นยาแผนไทยที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการค้า

\*2 สำหรับเวชภัณฑ์ การจัดประเภทเป็นเวชภัณฑ์นี้ ไม่ได้กำหนดเกณฑ์การจัดประเภทอย่างไรเป็นการเฉพาะ ที่กำหนดเป็นรหัสไว้ เพื่อระบุว่าเป็นการขอเบิกเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ซึ่งให้เบิกด้วยรูปแบบข้อมูลชุดนี้ จนกว่าจะมีระบบข้อมูลอื่นที่ชี้เฉพาะกับเวชภัณฑ์มารองรับ

#### code5: product selection code

เป็นรหัสที่ใช้ระบุว่ารายการนี้ได้มีการจ่ายยา generic แทนที่สั่งไว้หรือไม่ และผลของการจ่ายยาแทน เกิดขึ้นได้หรือไม่เพราะเหตุใด

การใช้ยา generic แทนยาที่เป็น brand name (หรือยา original หรือยาดันตำรับ) เป็นแนวทางสำคัญที่ใช้ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีความคุ้มค่าที่ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ใช้กัน แต่ยังไม่มีการดำเนินการแนวทางนี้อย่างเป็นระบบในประเทศไทย ข้อมูลตัวนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำ generic drug substitution ที่ระบบเบิกจ่ายนี้จัดไว้ ปัจจุบันคงจะมีสถานพยาบาลที่มีระบบจ่ายยาแทนนี้ไม่มาก และอาจแบ่งประเภทและกำหนดวิธีบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกันไปในแต่ละแห่ง



รหัสที่ใช้นี้เป็นชุดรหัสชื่อ Dispense As Written (DAW) code หรือ product selection code ที่กำหนดโดย National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้กันแพร่หลาย ความหมายที่แสดงไว้ที่นี่เป็นการแปลจากต้นฉบับ NCPDP อย่างไรก็ตาม การใช้รหัสตามความหมายนี้อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ของประเทศไทย ในระยะแรกนี้ขอให้ใช้รหัสนี้ตามความหมายดังนี้:-

รหัส	ความหมาย	DAW description
0	ไม่ต้องจัดยาแทน	No product selection indicated
1	ผู้สั่งไม่ให้อัดยาแทน	Substitution not allowed by provider
2	ให้แทนได้, ผู้ป่วยขอเลือกยาดันแบบ	Substitution allowed- patient requested product dispensed
3	ให้แทนได้, เภสัชกรเป็นผู้เลือกยาดันแบบ	Substitution allowed- pharmacist selected product dispensed
4	ให้แทนได้, แต่ยาแทนขาดคราวจากห้องยา	Substitution allowed- generic drug not in stock
5	ให้แทนได้, ยาดันแบบถูกใช้เป็นยาแทน	Substitution allowed- brand drug dispensed as generic
6	การแทนยาถูกกำหนดจากที่อื่น	Override
7	ไม่ให้อัดแทน, มีกฎข้อบังคับให้ใช้ยาชื่อนี้	Substitution not allowed- brand drug mandated by law
8	ให้แทนได้, แต่ยาแทนขาดตลาดไป	Substitution allowed- generic drug not available in marketplace
9	เหตุอื่น	Other

คำอธิบายเพิ่มเติม:

- 0: ไม่ต้องเปลี่ยนยาแทน ยาที่สั่งเป็น generic drug อยู่แล้ว หรือเป็นยา brand name ที่เป็น single source
- 1: ระบุไว้ว่าไม่ให้แทนยา วิธีระบุในใบสั่งยาวว่าไม่ให้แทนยาเป็นไปตามแนวทางที่สถานพยาบาลกำหนด
- 2: ระบุให้แทนยาได้ แต่ผู้ป่วยเป็นผู้ขอเลือกใช้ยาตาม brand name
- 3: ระบุให้แทนยาได้ แต่เภสัชกรตัดสินใจใช้ยา brand name เป็นยาแทน
- 4: ระบุให้แทนยาได้ แต่ยา generic ขาดคราวไปจาก stock กรณีนี้เกิดจากวิธีจัดซื้อยา ไม่ได้เกิดจากว่ายาไม่มีขายในท้องตลาดหรือขาดตลาดไป
- 5: ระบุให้แทนยาได้ แต่เภสัชกรปกติใช้ยา brand name แทนที่จะใช้ยา generic เป็นยาที่ใช้เป็นยาแทน
- 6: เกณฑ์การแทนยาถูกกำหนดจากระบบเบิกจ่าย -รหัสนี้ยังไม่มีรายละเอียดของกรณีใช้งานนี้
- 7: ระบุไว้ว่าไม่ให้แทนยา เนื่องจากมีกฎหมายหรือระเบียบกำหนดไว้ให้ใช้ยา brand name
- 8: ระบุให้แทนยาได้ แต่ยา generic ที่จะใช้แทนนี้ไม่มีในท้องตลาด หรือขาดแคลนไปชั่วคราว
- 9: เหตุอื่นๆ เป็นกรณีอื่นๆ ที่ไม่ได้กำหนดไว้

#### code6: claim control

รหัสแสดงกฎเกณฑ์ที่ใช้ควบคุมการเบิกยา ยาวางตัวถูกกำหนดให้เป็นยาที่มีข้อกำหนดต่างๆในการเบิกยา ที่อาจจะต้องปฏิบัติเป็นกรณีพิเศษ ข้อกำหนดพิเศษนี้กำหนดให้กับยาเป็นรายการเฉพาะ ไม่ได้กำหนดตามกลุ่มคุณสมบัติเช่นตามตัวยาออกฤทธิ์ ทั้งนี้เพราะการควบคุมอาจเป็นการควบคุมยาที่อาจเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเช่นเป็นยาเม็ดละลายเป็นฟองฟู หรือยาริดามินที่มีการส่งเสริมการขายในลักษณะที่เป็นอาหารเสริมสุขภาพ เป็นต้น

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OD	ไม่ได้กำหนดเงื่อนไข	เบิกได้ปกติ ไม่มีเงื่อนไขการเบิกกำหนดไว้
NR	เบิกไม่ได้	
PA	ขออนุมัติก่อนเบิก	prior authorization: ต้องขออนุมัติตามขั้นตอนก่อนการจ่ายยา จึงจะเบิกได้
AU	ตรวจหลังการเบิก	post audit: การเบิกนี้ถูกตรวจสอบภายหลังตามเกณฑ์ที่กำหนด
ST	ใช้ได้ตามลำดับ	step therapy: เป็นการใช้อย่างตามลำดับการรักษาที่กำหนดไว้
IN	มีข้อบ่งชี้กำกับ	เบิกได้เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนด และมีระบบตรวจสอบข้อมูลกำกับ
...		ประเภทอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อธิบาย

ยาส่วนใหญ่ไม่มีเงื่อนไขการเบิก (OD) กรมบัญชีกลางจะประกาศรายการยาที่ใช้วิธีควบคุมประเภทต่างๆ ในระบบเบิกยาของสวัสดิการรักษายาบาลฯ เป็นระยะๆ และแจ้งไว้เป็น claim control ของยาแต่ละตัวในบัญชียา อ้างอิงสวัสดิการรักษายาบาลฯ ที่จะจัดทำขึ้นในระยะเวลาต่อไป ในระยะที่ยังไม่มีบัญชียา หากสถานพยาบาลมีข้อมูลในระบบอยู่ว่าจ่ายเป็นยาที่ไม่สามารถเบิกจากสวัสดิการฯ ได้ ก็สามารถส่งข้อมูลรายการยานี้มาโดยระบุ "reimb price" = 0, "reimb amount" = 0, "claim control" = NR



**code7:** claim category

เป็นรหัสที่ใช้แบ่งประเภทบัญชีหรือระบบการรักษาที่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะโรคหรือเป็นการเฉพาะ ข้อมูลนี้มักจะได้มาประกอบกับ claim control บางกรณี หรือได้มาพร้อมกับเอกสารส่งต่อผู้ป่วยหรือเอกสารระบุตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษาเฉพาะโรค เมื่อมีการส่งเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในกรณีเหล่านี้ ขอให้ส่งข้อมูลระบุประเภทบัญชีนี้มาด้วย

สำหรับกรณีการเบิกผู้ป่วยนอกทั่วไป รหัสที่ใช้เป็นปกติคือ OP1

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OP1	OPD ปกติ	ไม่มีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม
OP...	OPD... อื่นๆ	opd บัญชีอื่นซึ่งอาจมีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม (ยังไม่ได้กำหนด)
RRT	ไตวายเรื้อรัง	ใช้กับการเบิกที่กำหนดวิธีพิเศษของกองทุนนี้
P01	OCPA	ระบบขออนุมัติใบยาล่วงหน้าประเภทต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะเช่น ต้องส่ง protocol ของโรคเพื่อพิจารณา
P02	RDPA	
P03	DDPA	
XX...	บัญชี... ต่างๆ	รหัสการรักษาหรือบัญชีอื่นๆ ที่มี (ยังไม่ได้กำหนด)

## ความเชื่อมโยงของรายการข้อมูลยากับข้อมูลธุรกรรมเบิก

ข้อมูลยาที่ขอเบิกเป็นข้อมูลที่เป็นรายละเอียดที่เพิ่มเติมขึ้นจากข้อมูลเบิกคำรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการจัดทำข้อมูลธุรกรรมเบิกเดิม ข้อมูลยาส่วนที่เพิ่มขึ้นจึงถูกแยกออกเป็นแฟ้มข้อมูลใหม่ การแยกแฟ้มนอกจากจะสะดวกต่อการแยกทำข้อมูลจากการดึง(extract หรือ export)ข้อมูลออกจากระบบสารสนเทศทางเภสัชกรรมหรือระบบจ่ายยาของห้องยาของทางสถานพยาบาลเป็นชุดต่างหากแล้ว ยังจะไม่ไปรบกวนกับระบบข้อมูลเบิกให้ต้องปรับเปลี่ยนการทำแฟ้มข้อมูลให้รวมข้อมูลยาไว้ในเนื้อหาข้อมูลร่วมกัน แต่ทั้งนี้ ความเชื่อมโยงของข้อมูลธุรกรรมเบิกหลักกับข้อมูลการสั่งและจ่ายยานี้ก็ยังมีอยู่และจะต้องแสดงไว้อย่างถูกต้องตามรายละเอียดดังนี้

### Link ระหว่างรายการเบิกหลักใน<BILLTRAN> กับการจ่ายยาใน<Dispensing>

เฉพาะธุรกรรมหลักที่ส่งเบิกใน <BILLTRAN> ที่มีการสั่งจ่ายยารวมด้วยในการตรวจรักษาครั้งหนึ่งๆ จะมีรายการการจ่ายยาส่งมาใน <Dispensing> key ที่ใช้เชื่อมโยงรายการทั้งสองประเภทนี้คือ "invno" ซึ่งเป็นเลขรหัสที่ไม่ซ้ำกันของการเบิกแต่ละครั้ง รายการการจ่ายยาอาจจะมีมากกว่า 1 รายการต่อธุรกรรมเบิก 1 รายการก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจได้รับใบสั่งยามากกว่า 1 ใบจากการตรวจกับแพทย์มากกว่า 1 คนก็ได้ รายการในธุรกรรมเบิกใน <BILLTRAN> (B) แต่ละรายการจะมียอดค้ายาในรายการ <OPBills> (O) และเชื่อมโยงกับการจ่ายยาแต่ละรายการที่ถูกจัดเก็บใน <Dispensing> (D) โดยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- (B) ใช้ "invno" เป็น primary key
- (D) ใช้ "dispense ID" เป็น primary key และ "invoice no" เป็น foreign key ที่ใช้ link กับ (B).invno
- (B) record หนึ่งๆ อาจมี link กับ (D) child record ตั้งแต่ 0 – n record
  - (B) ที่ไม่มี link กับ (D) child record (n = 0) คือธุรกรรมเบิกที่ไม่มีการสั่ง-จ่ายยา โดยไม่มีรายการ (O).billmuad = '3', '4' หรือ '5'
  - (B) ที่มี link กับ (D) child record จำนวน n record (n > 0)
    - คือธุรกรรมเบิกที่มีการสั่ง-จ่ายยาจำนวน n ครั้งด้วย
    - และแต่ละ (D) record เป็นรายการที่ไม่ซ้ำกัน (distinct record)
- จำนวน (D) ของทุก (B) นี้ แสดงเป็น RecordCount ใน<Header><RECCOUNT> ด้วย
- ทุก (D).invoice no ต้อง link กับ (B) ได้
- (B) ที่ link กับ (O) ได้ด้วย (O).invoice no = (B).invno แต่ไม่พบว่ามีรายการ (O) ที่ link กับ (B) เดียวกันที่มี (O).billmuad เป็น '3', '4' หรือ '5' ถือว่าเป็นข้อมูล (B), (O), (D) ที่ผิดปกติทั้งคู่
- ทุกๆ (D) child record ของทุกๆ (B) จะต้องส่งมาที่จุดส่งเบิกเดียวกัน กล่าวคือ BILLTRAN\*.txt กับ BillDisp\*.TXT ซึ่งมี Session ID เดียวกันส่งมาใน แฟ้ม \*COCD\*.ZIP เดียว

### ความสัมพันธ์ที่ใช้ตรวจสอบความถูกต้องเพิ่มเติม

- Session ID ใน <SESSNO> ของ BILLTRAN\*.txt = Session ID ใน <Header><SESSNO> ของ BillDisp\*.txt
- (B) ที่ link กับ (D) จะต้องมี
  - (B).HN = (D).HN
  - (B).DTTran มีระยะเวลาแตกต่างจาก (D).prescription date ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (ยังไม่ได้กำหนดเกณฑ์นี้)
- รายการ (O) ที่ ((O).invno = (B).invno) และ ((O).billmuad = '3' หรือ '4' หรือ '5'<sup>\*1</sup>) และ (D) ที่ (D).invoice no = (B).invno :-
  - (O).amount = (D).charge amount
  - (O).amount – (O).paid = (D).claim amount

*\*1 รายละเอียดอยู่ที่ <4>, <5>*

*ค่าใช้จ่ายใน <OPBills> ที่อาจถูกแบ่งเป็นหมวดคำรักษา '3', '4' หรือ '5' จะถูกรวมเข้าด้วยกันเป็นยอดเดียวในการคำนวณกระทบยอดกับยอดใน (D)*

*กรณี (D) มากกว่า 1 รายการ มี invoice no เดียวกัน ยอด (D).xxx amount ต่างๆ จะเป็นผลรวมของ xxx amount ของ (D) เหล่านั้น*



- ยังไม่ได้ใช้ความสัมพันธ์ของ other amount และ claim amount กับ OPBills (ดูหมายเหตุใน ❖5 )

#### **Link ระหว่างการจ่ายยาใน<Dispensing> กับรายการยาใน<DispensedItems>**

การสั่งยาครั้งหนึ่งๆ ประกอบด้วยยาจำนวนตั้งแต่ 1-ก รายการ รายการจ่ายยาแต่ละรายการถูกจัดเก็บไว้ด้วยกันใน <Dispensing> ส่วน record ของยาแต่ละรายการถูกเก็บไว้ด้วยกันใน <DispensedItems> การจัดทำ record และ key ที่ link รายการจ่ายยา (D) กับรายการยา (I) ในระบบประมวลผลใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- (D) ใช้ "dispense ID" เป็น primary key
- (I) ใช้ "dispense ID" เป็น foreign key
- ทุก (D) จะต้อง link กับ child record (I) ด้วย (D).dispense ID=(I).dispense ID ได้
- ทุก (I) จะต้อง link กับ parent record (D) ด้วย (I).dispense ID=(D).dispense ID ได้

#### **ความสัมพันธ์ที่ใช้ตรวจสอบความถูกต้องเพิ่มเติม**

- (D).item count = จำนวน child record (I)
- (D).charge amount = sum (ทุก (I).charge amount)
- (D).claim amount = sum (ทุก (I).reimb amount) เฉพาะ (D) ที่ (D).payer = "CS"

ตัวอย่าง BILLTRANYYYYMMDD.txt

```

<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.91"></ClaimRec>
<HCODE>00001</HCODE>
<HNAME>ร.พ. สกส ทดสอบ</HNAME>
<DATETIME>2011-04-02 12:29:15</DATETIME>
<SESSNO>0001</SESSNO>
<RECCOUNT>3</RECCOUNT>
<BILLTRAN>
01|2011-04-01 17:06:33|00001|2011040101001|2011040151126|521205120||3049.00|120.00|
01|2011-04-01 18:00:00|00001|2011040101002|2011040151128|530405122||5870.00|20.00|
01|2011-04-01 18:07:03|00001|2011040101003|2011040151139|521406121||1200.00|0.00|
</BILLTRAN>
<OPBills invcount="3" lines="8">
2011040101001|4|1470.00|0.00
2011040101001|2|700.00|120.00
2011040101001|7|300.00|0.00
2011040101001|9|79.00|0.00
2011040101001|9|500.00|0.00
2011040101002|4|5370.00|0.00
2011040101002|2|500.00|20.00
2011040101003|7|1200.00|0.00
</OPBills>
<END>202753887B7B11219E5CB0F9455A16F5</END>
    
```

- ทุกรายการใน BILLTRAN จะต้องมีรายการย่อยแสดงใน OPBills เสมอ
- จำนวน RecordCount ใน RECCOUNT ต้องเท่ากับที่แจ้งใน attribute invcount ของ OPBills
- แต่ละรายการใน OPBills = 1 line ซึ่งรายการรวมทั้งหมดระบุใน attribute lines
- ผลรวมของ Amount, Paid ของรายการใน OPBills ที่มี InvNo เดียวกันจะต้องเท่ากับ Amount, Paid ของรายการใน BILLTRAN ที่มี InvNo นั้น

เมื่อมีการส่งรายการยาที่เบิกใน BillDispYYYYMMDD.txt:

แต่ละรายการ BILLTRAN ที่มีค่ายา BILLTRAN.invno รายการนั้นจะต้อง link กับรายการใน <Dispensing> ด้วย Dispensing.Invoice no ได้



ตัวอย่าง BillDispYYYYMMDD.txt

```

<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?>
<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.91">
<Header>
  <HCODE>00001</HCODE>
  <HNAME>ร.พ. สกส ทดสอบ</HNAME>
  <DATETIME>2011-04-02T12:29:15</DATETIME>
  <SESSNO>0001</SESSNO>
  <RECCOUNT>2</RECCOUNT>
</Header>
<Dispensing>
  00001|3468-1-01347|2011040101001|521205120|#5|2011-03-31|#7|#8|2|1470.00|1470.00||reimb|CS|1
  00001|3469-1-00211|2011040101002|530405122|#5|2011-04-01|#7|#8|3|5370.00|5370.00||reimb|CS|1
</Dispensing>
<DispensedItems>
  3468-1-01347|1|VAST1T-||110|Vastarel MR tab 35 mg||102|รับประทาน, 1, 2, หลังอาหาร|120|10.00|1200.00|10.00|1200.00|||
  3468-1-01347|1|BSTT2T-||120|Bestatin tab 20 mg||101|รับประทาน, 1, 1, หลังอาหาร|60|4.50|270.00|4.50|270.00|||
  3469-1-00211|1|FOLA1T-||110|Folic Acid tab 5 mg||103|รับประทาน, 1, 3, หลังอาหาร|180|0.50|90.00|0.50|90.00|||
  3469-1-00211|1|PLVX1T-||110|Plavix tab 75 mg||101|รับประทาน, 1, 1, หลังอาหาร|60|85.00|5100.00|85.00|5100.00|||
  3469-1-00211|1|FBC-1T-||110|Ferro B Cal tab||103|รับประทาน, 1, 3, หลังอาหาร|180|1.00|180.00|1.00|180.00|||
</DispensedItems>
</ClaimRec>
<?EndNote Checksum="xxxxxxxxxxxxxxxx"?>
  
```

- จำนวนรายการใน RECCOUNT ต้องเท่ากับรายการใน <Dispensing>
  - ทุกรายการใน <Dispensing> จะต้องมีรายการยานแต่ละตัวแสดงใน <DispensedItems> เสมอ
  - แต่ละรายการใน <Dispensing> Item\_Count = จำนวนรายการยาใน<DispensedItems>ของ Dispensing นั้น
- (D) = รายการใน <Dispensing>, (DI) = รายการใน <DispensedItems>
- (D).charge\_amount = ผลรวมของ (DI).charge\_amount ที่มี Dispense ID เดียวกัน
  - (D).claim\_amount = ผลรวมของ (DI).reimb\_amount ที่มี Dispense ID เดียวกัน
  - (D).paid\_amount + (D).other\_amount = ผลรวม (DI).charge\_amount - ผลรวม (DI).reimb\_amount ที่มี Dispense ID เดียวกัน
- หมายเหตุ  
BILLTRAN (B) 1 รายการอาจมี (D) มากกว่า 1 รายการได้ ตัวอย่างนี้แสดงแบบ 1 (B) ต่อ 1 (D) เท่านั้น