



# แนวทาง การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2563

กรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคม  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน  
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ร่วม 3 กองทุน

ปี 2563

กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน  
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2563**

ISBN : 978-616-7859-71-2

**สนับสนุนการพิมพ์เผยแพร่ โดย**

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ  
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา  
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง  
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

**พิมพ์ครั้งที่ 1**

กันยายน 2563 จำนวน 6,000 เล่ม

**กองบรรณาธิการ**

คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชย  
ค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง  
3 กองทุน

**ประสานการพิมพ์และเผยแพร่**

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ  
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ออกแบบปกและรูปเล่ม**

**พิมพ์ที่**

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด  
59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง  
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140  
โทรศัพท์: +66 (0) 2 903-8257-9  
โทรสาร: +66 (0) 2921-4587

## คำนำ

ตามที่คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2560 ขึ้น โดยได้จัดสรรคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2560 ให้แก่สถานพยาบาล/หน่วยบริการที่อยู่ในระบบบริการของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันแต่ละกองทุนได้มีการปรับปรุงระเบียบ/หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อให้สถานพยาบาล/หน่วยบริการมีคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพที่เป็นปัจจุบันตามระเบียบ/หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้อง ของทั้ง 3 กองทุนใช้เป็นคู่มือเพื่อเตรียมการรองรับการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ และเพื่อให้สถานพยาบาล/หน่วยบริการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน โดยการบริหารงานของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 สหามุมุ่งเน้นให้การดูแลผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่สถานพยาบาล/หน่วยบริการให้ได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นธรรม ทั้งนี้กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้แก่สถานพยาบาล/หน่วยบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ดังนั้น เพื่อให้การเรียกเก็บและการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับสถานพยาบาล หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษาพยาบาล เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามระเบียบ/หลักเกณฑ์และประกาศที่เกี่ยวข้อง ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบร่วมของทั้ง 3 กองทุนสุขภาพ จึงได้ร่วมกันปรับปรุงคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสุขภาพ ปี 2563 ขึ้น เพื่อให้สถานพยาบาล/หน่วยบริการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงคู่มือแนวทางการตรวจสอบฯ ที่ได้ร่วมให้คำปรึกษาและแนะนำการปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบครั้งนี้ โดยคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะได้ใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระบบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขต่อไป



# สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
สารบัญ	4
หลักการและเหตุผล	7
กำหนดนิยาม	7
วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน	8
ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน	8
- ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายใน (หลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ	
- ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนภายใน (หลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) แบบเรียกตรวจส่วนกลางหรือรวมศูนย์	
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน <b>กรณีผู้ป่วยใน</b>	11
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน <b>กรณีผู้ป่วยใน</b>	13
หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน <b>กรณีผู้ป่วยนอก</b>	16
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน <b>กรณีผู้ป่วยนอก</b>	18
แนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ	20
<b>ภาคผนวก</b>	
คำสั่งคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2557	29
<b>กฎหมายที่เกี่ยวข้อง</b>	
• พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	31
• ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499	31
• ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสารและการใช้เอกสารปลอม	32
• ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา 33 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใน ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539	33
• ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา 37 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความ ควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540	37
• ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการ รักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2545	38
<b>ภาคผนวก_กรมบัญชีกลาง</b>	
• กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	41

- ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูง สำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ 49  
สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) และสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 51  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- การตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 52
- ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 53
- การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย 55

## ภาคผนวก\_สำนักงานประกันสังคม

- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา 76  
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือ 83  
ผู้ประกันตนและการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. 2561
- แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติ 89  
ประกันสังคม พ.ศ.2533 (บังคับใช้ 1 มกราคม 2561)
- Flowchart กระบวนการการเจรจาต่อรองและการอุทธรณ์ผล Audit ของสำนักงานประกันสังคม 91  
กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- Flowchart กระบวนการการเจรจาต่อรองและการอุทธรณ์ผล Audit ของสำนักงานประกันสังคม 92  
กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง

## ภาคผนวก\_สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 94
- ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและ 101  
การหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ.2552
- ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข 104  
กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ 108  
เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว  
และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2557
- แนวปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล 111  
ของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามระบบ  
National Clearing House
- ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 116
- ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ รวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 117
- รายชื่อผู้ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 118  
เพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2563
- รายชื่อผู้ร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 120  
เพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน ปี 2563

**แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน  
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ร่วม 3 กองทุน**

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

### การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน

ระบบตรวจสอบทางการแพทย์ เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล ประชาชนผู้รับบริการ และกองทุนต่างๆ ในการชดเชยค่าบริการต่อสถานพยาบาลในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน อีกทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งผลต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน ดังนั้น เพื่อลดภาระของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ในการบริหารจัดการเวชระเบียนเพื่อรองรับการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 3 กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน กำหนดนิยามดังนี้

**3 กองทุน หรือกองทุน** หมายถึง สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการกำกับให้การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

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

**บริการสาธารณสุข** หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

**ค่าบริการสาธารณสุข หรือค่าบริการทางการแพทย์** หมายถึง เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนประกันสังคมจ่ายชดเชยค่ารักษายาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ และกรมบัญชีกลางจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ตามที่กองทุนและกรมบัญชีกลางกำหนด

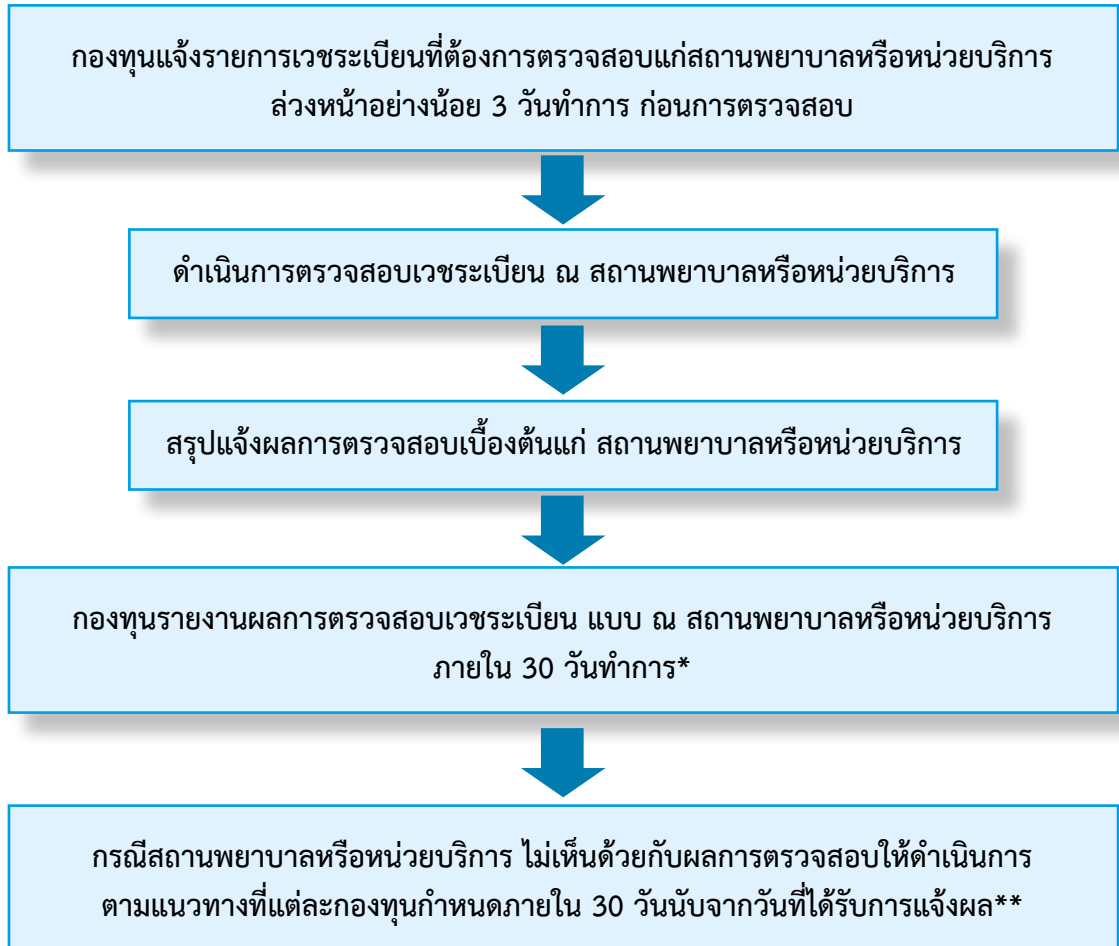
## วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

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

## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน

ภายหลังที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย หรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต่าง ๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของประกาศหรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบหน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว เมื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการรับทราบและยอมรับผลการตรวจสอบ หรือ กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการอุทธรณ์หรือทักท้วงผลการตรวจสอบ ทั้งนี้กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนี้

## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) แบบ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ



หมายเหตุ \* ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

\*\* การดำเนินการขอทักท้วงหรืออุทธรณ์ผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตาม  
รายละเอียดในภาคผนวก



## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์) แบบเรียกตรวจสอบส่วนกลางหรือรวมศูนย์

กองทุนแจ้งรายการเวชระเบียนที่ต้องการตรวจสอบแก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ  
และกำหนดให้จัดส่งภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับแจ้ง

ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน แบบรวมศูนย์/eMA

กองทุนรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน  
ภายใน 30 วันทำการ\* หลังการตรวจสอบ

กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการ  
ตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนดภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล\*\*

หมายเหตุ\* ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

\*\* การดำเนินการขอทักท้วงหรืออุทธรณ์ผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตาม  
รายละเอียดในภาคผนวก

## หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น
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. แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)
9. แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)
10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)
11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ
12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)
13. แบบบันทึกทางพยาบาล (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 ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น 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 หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

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

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานบริการหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่สถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น ให้ถือว่า สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

19.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียน เพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เช่นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

## 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 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้อง มีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ทางการแพทย์ ไม่ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-9, ICD-10 หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

2.3 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่า เวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

2.4 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์

2.5 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้

3. ตรวจสอบแบบบันทึกการชั่งประวัติและตรวจร่างกาย (admission note) ต้องมีประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรคเพื่อความสมบูรณ์ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีกรบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

5. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดเหตุการณ์

6.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.3 กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ จริง

7. ตรวจสอบ anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

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

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่วันที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurses' note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses' note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ nurses' note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy, blood transfusion เป็นต้น

10. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดย หน่วยบริการที่ทำกรรักษา หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มีการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ chemotherapy หรือ radiation เพื่อการรักษาต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอก



รายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor’s order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นกรให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นกรให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกรรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นกรการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

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

13. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล การสรุปโรคและหัตถการรวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจความคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

14. 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 หรือ operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย

15. การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุดหนุน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

## ข้อตกลงการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน กรณี coding audit

1. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
2. Standard coding guideline edition ตามประกาศของแต่ละปี
3. หนังสือ ICD 10 WHO, TM, ICD 9 CM ตามประกาศของแต่ละปี
4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศของแต่ละปี



## หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้น ๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

### 1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี หรือตามที่กองทุนเรียกตรวจ

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 กรณีที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยกเว้นหน่วยบริการ 168 แห่งที่ได้รับการรับรอง แต่ต้องระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีในเวชระเบียน)

1.5.2 กรณีการใช้ยาราคาแพงที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขออนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใช้ยา จ.2 ต้องมีหนังสืออนุมัติการใช้ยา จ.2

1.5.4 รายละเอียดยาอื่น ๆ ตามแต่ละกองทุนกำหนด

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานการให้บริการประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การนวดแผนไทย การบริการด้านจิตเวช การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD Sheet) 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 และ หลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)

2) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG/protocol /standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

**2. เอกสารหลักฐานการเงิน** เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่แยกรายหมวดและรหัสรายการ หรือใบสั่งยาหรือใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากผู้ป่วย หรือใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย เป็นต้น

**3. เอกสารอื่น ๆ** ที่เกี่ยวข้องกับกรเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษา นอกโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer) เช่น ใบส่งต่อ (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่น ๆ เช่น ผลการตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

**4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ** (ถ้ามี) ได้แก่ ใบส่งต่อ (refer) และหลักฐานการขออนุญาต/อนุมัติใช้ยานพาหนะของหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

**5. เอกสารอื่น ๆ** ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

ทั้งนี้กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษา โดยแพทย์ต้องพบค่านำหน้าเป็น นายแพทย์ (น.พ.) แพทย์หญิง (พ.ญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีวกำกับ

## แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน **ทุกรายการค่าใช้จ่าย** ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

**1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis)** ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การซักประวัติ อาการผู้ป่วย การตรวจร่างกาย บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรคนั้น ๆ

กรณีของโรคเดิม โรคเรื้อรัง ที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น เช่น ความจำเสื่อม โรคเมเร็ง มีระดับความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เป็นต้น

**2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์** ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกคำสั่งการให้การรักษาของแพทย์และแพทย์ลงนามกำกับและสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลหรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 กรณีที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัย ตาม CPG/protocol ต้องแสดงหลักฐาน CPG/protocol ของหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

**3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา** ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์

ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัย โดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

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

3.4 กรณีที่มีผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกผลการตรวจ หรือการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาลต่าง ๆ โดยผู้ให้บริการท่านใด และการส่งการรักษา นั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

#### 4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ - สกุลผู้มีสิทธิ และหรือ HN และหรือ visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้มีสิทธิ

4.3 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

## แนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ

### หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

ค่าเตียงสังเกตอาการ / ambulatory / one day treatment สำหรับผู้ป่วยนอก ที่มาให้ยาเคมีบำบัด หรือหัตถการที่ไม่จำเป็นต้องนอน รพ. แต่ต้องสังเกตอาการตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ให้สามารถจ่ายค่าบริการเป็นค่าห้องสังเกตอาการได้

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

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

### หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษา และการวินิจฉัยที่มีลักษณะและข้อบ่งชี้ที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และเป็นไปตามลักษณะและข้อบ่งชี้แต่ละรายการอุปกรณ์ตามประกาศของแต่ละกองทุน (รายละเอียดในเอกสารแนบของแต่ละกองทุน)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกการสั่งอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ในเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์
- 2) พบหลักฐานการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
  - กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน และ sticker (ถ้าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์นั้นมี sticker)
  - กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้า สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

### หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) พบบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้งนั้น ไม่จ่ายค่ายากรณีไม่พบบันทึกแพทย์และลายเซ็นแพทย์ผู้รักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ณ วันที่



รับบริการ แม้จะมี visit date มีบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย มีหลักฐานใบสั่งยาหรือใบรับยา

2) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้และจำนวนยาที่สั่งสอดคล้องกับ วันนัดในทุกครั้งที่รับบริการ (visit)

3) กรณีรายการยาในใบรายการค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา (ทั้งชนิดและจำนวน) ให้พิจารณาจ่ายยาในรายการและจำนวนตามคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่ง และควรระบุเหตุผลกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

4) กรณีแพทย์เขียน RM (repeat medication) ให้ระบุวันเดือนปีที่ RM นั้น และต้องมีการทบทวน คำสั่งการจ่ายยาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กรณีที่มีปรับแก้ไขขนาดหรือรายการยาให้มีการทบทวนคำสั่งการรักษา ใหม่ทั้งหมด ไม่ให้ใช้ RM แล้วแก้ไขหรือเพิ่มเติม

5) กรณีมารับบริการก่อนวันนัด ซึ่งมีจำนวนยาสะสมเกินจริงที่จะใช้ได้หมดตามรอบวันนัด ให้สะสมได้ ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องจ่ายยาสะสมเกิน 2 สัปดาห์ ให้ระบุเหตุผลอันสมควร กรณียาราคาแพงซึ่งกองทุนรับผิดชอบการจ่ายค่ายานั้น การจ่ายยาดังกล่าวให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน กรณีการเบิกจ่ายยา จ2 ต้องเป็นไปตามแนวทางและข้อบ่งใช้ตามประกาศของคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ

6) การเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามราคาต่อหน่วยของหน่วยบริการตาม drug catalog ณ วันที่รับบริการ

7) กรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

## หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์มีชียา

ค่าเวชภัณฑ์ที่มีชียา หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่จัดอยู่ในรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายหมวดอื่นแล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิ เช่น หัตถการผ่าตัดได้รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดแล้ว เช่น ใบมีด เข็มฉีดยา สายให้ออกซิเจน สำลี ถุงมือ เป็นต้น

2) พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มีชียาที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค 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) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้



- 1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ หรือกรณีมีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
- 2) พบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และใบคล้องเลือด
- 3) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่จองและใช้จริงเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

#### หมายเหตุ

1. ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่
  - 1.1 ส่วนที่รับบริการต่อจากสภาอากาศไทย เป็นรายการตรวจ NAT (nucleic acid amplification) ทุก unit แล้ว
  - 1.2 ส่วนที่สถานพยาบาลต้องรับบริการเอง 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
- 2) พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน หรือพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 3) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาล ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

### หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น फिल्म เซ็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor และค่าบริการจัดการ (เช่น ค่าอ่านผลการตรวจของรังสีแพทย์) เป็นต้น ต้องไม่นำไปคิดรวมกับเวชภัณฑ์ที่มีขาย หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจครบถ้วนทุกรายการ หรือกรณีมีการส่งการรักษาผ่าน

ระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2) พบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน (ต้องพบผล official report ในกรณี CT, MRI, bone density, radionuclide) หรือพบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

3) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาล ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการ 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) ราคาที่กำหนดไว้ไม่รวม 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 ค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง ค่าบริหารจัดการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) พบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน หรือพบผลการตรวจวินิจฉัย

3) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาล ให้มีสำเนาใบส่งตรวจ

นอกโรงพยาบาลเก็บไว้และต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ เป็นหลักฐานในเวชระเบียนและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

## หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) เบิกได้ตามหน่วยนับของอุปกรณ์ที่กำหนด เช่น วัน ชั่วโมง ครั้ง เป็นต้น
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
- 3) กรณีหน่วยเบิกของอุปกรณ์เป็นวัน ให้สามารถใช้ได้ในกรณีผู้ป่วยนอกที่มีการ observe สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ และพบบันทึกการใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ตามเวลาอย่างน้อยทุก 30 นาที
- 4) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น ค่าออกซิเจน ได้รวมสายให้ออกซิเจน canular หรือ mask หรือ T-tube และอุปกรณ์ EKG monitor รวม red dot เป็นต้น

### หมายเหตุ

- กรณีมีการวัด O<sub>2</sub> sat ที่เป็น routine จะรวมอยู่ในค่าวัดสัญญาณชีพหมวด 12 ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- การวัด O<sub>2</sub> sat ที่เป็นการติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (monitor) เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมงสามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- กรณีการใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ ให้เบิกได้ในผู้ป่วยที่มีการ observe สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปและมีความจำเป็น เช่น ในเด็กทารก เป็นต้น

## หมวดที่ 11 ค่าหัตถการและวิสัญญี

ค่าทำหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ รวมถึงการผ่าตัด และการทำคลอดด้วยค่าวิสัญญี ได้แก่ ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป ค่าบริการวางยาสลบที่ซ้ำซ้อน ค่าบริการวางยาสลบเฉพาะแห่ง ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด

การคิดค่าบริการให้เหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ ประกอบด้วย

- 1) ค่าอุปกรณ์ ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการนั้น ๆ เช่น ในการผ่าตัด ให้รวมค่าเครื่องมือการผ่าตัด ค่าผ้าคลุม ผ้าปูต่าง ๆ ด้วย
- 2) ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ เช่น antiseptic ยาชา ที่ใช้ในการทำหัตถการ
- 3) ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น ไบมัด ไหมเย็บแผล ผ้ากอส สำลี วัสดุที่ใช้ใน

การปิดบาดแผล ถูงมือ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหรือหลักฐานการทำหัตถการ ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด
- 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 การฉีดยา การพ่นยา การเริ่มสายน้ำเกลือ การเจาะเลือด การให้เลือด การให้สารละลายทางเส้นเลือด การดูแลท่อและสารระบาย การดูดเสมหะ การส่งตรวจ การดูแลและปรับตั้งอุปกรณ์การแพทย์ การเช็ดตัว การอาบน้ำเด็กแรกเกิด การให้อาหารผ่านทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น ในการนี้ ราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์/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 และการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของพยาบาลท่านใด และการบันทึกข้อมูลนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
- 3) กรณีทำแผล ถ้าไม่มีการระบุลักษณะ ขนาดของแผล ให้พิจารณาจ่ายเป็นค่าทำแผลขนาดเล็กและจ่ายตามตำแหน่งบาดแผลที่ทำ
- 4) 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 (กรณีนอนเกินกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป)

### หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรค โดยคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึก การวินิจฉัย อาการ หรืออาการแสดง ที่ระบุตำแหน่ง ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ในเวชระเบียน โดยทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล ทั้งนี้ การให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด
- 2) มีบันทึกรายละเอียดการให้บริการรักษาทางทันตกรรม ระบุชื่อหรือ quadrant ประเภทการให้บริการ กรณีพบการเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการซ้ำในตำแหน่งเดิม ต้องบันทึก treatment plan
- 3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการ บันทึกข้อมูลของทันตแพทย์หรือทันตภิบาลท่านใด และการให้บริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำ ย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

### หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

ค่าบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ค่ากายภาพบำบัด

ค่าบริการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าอาชีวบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์เพื่อส่งรักษาทางกายภาพบำบัด หรือพบบันทึกคำสั่งแพทย์รายการ การรักษาทางกายภาพบำบัด ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วย ควรต้องระบุแผนการรักษาเพื่อบรรลุ เป้าหมาย และกำหนดระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง
- 2) ต้องพบบันทึกรายละเอียดการบริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน ครบถ้วนทุกรายการ โดยผู้ประกอบ วิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ
- 3) กรณีมีการบันทึกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้ ให้บริการ และการบริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

### หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การรักษาบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น : ค่าฝังเข็มและค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ค่าบริการฝังเข็ม ให้เบิกได้เพื่อบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) ค่าบริการฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น ให้เบิกได้เฉพาะกรณีเพื่อการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต
- 3) ต้องพบบันทึกการให้บริการฝังเข็มเพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่มีใบอนุญาตเป็น

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องผ่านการอบรมด้านฝังเข็มหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

4) กรณีมีการบันทึกการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง ระยะเวลาแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการบริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

## ค่าบริการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) พบบันทึกคำสั่งโดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

2) พบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ กรณีมีการบันทึกการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของใคร และการบริการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3) ค่าบริการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

**หมายเหตุ** ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุโรคหรืออาการ และระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในแต่ละรอบต้องไม่เกิน 1 เดือน และรายละเอียดอื่น ๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน

## หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แบ่งเป็น

1. ค่าบริการที่เบิกได้ เช่น ค่าพาหนะ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์

2) ใบส่งต่อ (ใบ refer)

3) หลักฐานบันทึกการใช้พาหนะส่งต่อ เช่น ใบขออนุญาต/อนุมัติใช้ยานพาหนะของหน่วยบริการ/

สถานพยาบาล

**หมายเหตุ**

1. ค่าพาหนะส่งต่อ ต้องเป็นพาหนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรจะมีอุปกรณ์ basic life support และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วย

2. ค่าบริการที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าสระผม ทำผม เป็นต้น

ทั้งนี้ ค่าบริการที่เบิกได้ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายตามที่แต่ละกองทุนกำหนด



ກາລະພາບ



คำสั่ง

คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข  
ที่ ๒๑๐๓ / ๒๕๕๗  
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการ  
และคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน

ตามที่ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้แต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบ และควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน ตามคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ และสืบเนื่องจากประธานของคณะทำงานดังกล่าว ได้ลาออกรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยน โครงสร้างภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการคัดเลือกประธานขึ้นใหม่แทนตำแหน่งประธาน ที่ว่างลง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาศัยอำนาจคณะกรรมการตามคำสั่งข้างต้น จึงเห็น ควรยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเดิม ตามคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔และ แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- |     |  |                   |
|-----|--|-------------------|
| ๑.๑ | ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | ประธานคณะทำงาน    |
| ๑.๒ | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล<br>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข         | รองประธานคณะทำงาน |
| ๑.๓ | ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์<br>สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน         | คณะทำงาน          |
| ๑.๔ | ผู้อำนวยการสำนักสิทธิประโยชน์<br>สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน                    | คณะทำงาน          |

## ๒

- |      |   |                                 |
|------|---|---------------------------------|
| ๑.๕  | ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ<br>กรมบัญชีกลาง หรือผู้แทน   | คณะทำงาน                        |
| ๑.๖  | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาค่าตอบแทนและสวัสดิการ<br>กรมบัญชีกลาง   | คณะทำงาน                        |
| ๑.๗  | ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ<br>กรมบัญชีกลาง   | คณะทำงาน                        |
| ๑.๘  | ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน   | คณะทำงาน                        |
| ๑.๙  | ผู้อำนวยการสำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน   | คณะทำงาน                        |
| ๑.๑๐ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทน<br>สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน                                     | คณะทำงาน                        |
| ๑.๑๑ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับและควบคุมการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน<br>สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน                            | คณะทำงาน                        |
| ๑.๑๒ | รองผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ   | คณะทำงาน<br>และเลขานุการ        |
| ๑.๑๓ | เจ้าหน้าที่สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย                                       | คณะทำงาน<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑๔ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์<br>สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมหรือผู้แทน และผู้ช่วยเลขานุการ | คณะทำงาน                        |
| ๑.๑๕ | นักวิชาการคลังชำนาญการ/นักวิชาการคลังปฏิบัติการ<br>กลุ่มงานพัฒนาค่าตอบแทนและสวัสดิการ<br>กรมบัญชีกลาง                                     | คณะทำงาน<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
๒. อำนาจหน้าที่
- ๒.๑ พัฒนาข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพ การ  
รักษายาบาลของทั้ง ๓ หน่วยงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือมีทิศทางที่สอดคล้องกัน
- ๒.๒ ร่วมประสานงานและลงพื้นที่ในการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษายาบาลร่วมกัน  
ระหว่าง ๓ หน่วยงาน
- ๒.๓ รายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบเป็นระยะ
- ๒.๔ หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป



(นายวินัย สวัสดิ์ดิตร)

ประธานคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

## กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน

### 1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

“มาตรา 35 ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน ดังนี้

.....(3) จัดให้มีและรายงานหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยต้องเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ไม่น้อยกว่าห้าปีนับแต่วันที่จัดทำ...”

### 2. ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499

“ มาตรา 137 ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

**มาตรา 264** ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เดิมหรือดัดทอนข้อความหรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดกรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมหรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำให้เอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ให้ถือว่าผู้นั้นปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน

**มาตรา 265** ผู้ใดปลอมเอกสารสิทธิหรือเอกสารราชการ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งพันบาทถึงหนึ่งหมื่นบาท

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

ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคแรกเป็นผู้ปลอมเอกสารนั้น หรือเป็นผู้แจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความนั้นเองให้ลงโทษตามมาตรานี้แต่กระหนเดียว

**มาตรา 341** ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



# ความพิດเกี่ยวกับการปลอมเอกสาร และการใช้เอกสารปลอม

## ความพิດฐานปลอมเอกสาร

การทำเอกสารปลอม ตาม มาตรา 264 สามารถทำขึ้นมาได้ในหลายลักษณะ ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการทำปลอมขึ้นมาทั้งฉบับเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเข้าเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นการปลอมเอกสารทั้งสิ้น

1. ทำปลอมขึ้นใหม่ทั้งฉบับ หรือแต่บางส่วน คือ ทำขึ้นใหม่เหมือนเดิมทุกอย่างหรือทำขึ้นใหม่บางส่วน โดยมีเจตนาให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง และผลของการกระทำนั้น น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน

2. เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง เช่น เติมตัวเลขในสัญญาเงินกู้ มีผลทำให้บุคคลที่กระทำมีความพิດฐานปลอมเอกสาร

3. ประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร ดังนั้น ผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้อื่นในเอกสารหรือญาใด ๆ อาจมีความพิດฐานปลอมเอกสารได้ เนื่องจากการประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารสามารถทำให้เอกสารนั้นเป็นเอกสารปลอมได้ ดังนั้น การลงลายมือชื่อของผู้อื่นโดยที่เขาไม่อนุญาต หรือแม้แต่เจ้าของชื่อสั่งให้ลงลายมือชื่อต่อหน้าเขา ก็เป็นเอกสารปลอมได้ การลงลายมือชื่อของตัวเองจึงเป็นการดีที่สุดเพราะจะอย่างไรก็เป็นของแท้

4. กรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่น โดยไม่ได้รับความยินยอมหรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำเพื่อนำไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น ผู้ใดหรือประชาชน

ทั้งนี้ นอกจากจะมีการกระทำความผิดที่กล่าวข้างต้นแล้ว การกระทำความผิดดังกล่าวยังต้องมีพฤติการณ์พิเศษคือ “โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน” ด้วย กล่าวคือ พิจารณาจากความคิดธรรมดาของบุคคลทั่วไปในฐานะเดียวกับจำเลยว่าการกระทำเช่นนี้น่าจะเกิดความเสียหายหรือไม่ โดยแม้จะไม่เกิดความเสียหายขึ้นจริงก็ถือว่ามีความพิດฐานพิเศษตามนี้ได้

องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผู้กระทำต้องมีเจตนาพิเศษ คือ “ได้กระทำเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง” ด้วย ดังนั้นหากเป็นการทำปลอมขึ้นมาเล่นๆ ก็จะไม่เป็นความพิດฐานปลอมเอกสาร

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบในความพิດฐานปลอมเอกสารได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบครบทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1. ได้ทำการปลอมเอกสารโดยเจตนา ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งจากสี่ลักษณะดังอธิบายข้างต้น 2. ต้องมีพฤติการณ์ที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน และ 3. มีเจตนาเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง

## ความพิດฐานใช้เอกสารปลอม

กรณีจะต้องรับผิดชอบในความพิດฐานนี้ คือ ผู้กระทำได้ใช้หรืออ้างเอกสารที่มีการทำปลอมขึ้น ตามที่ได้อธิบายข้างต้น ไม่ว่าผู้นั้นจะทำปลอมขึ้นเสียเอง หรือเป็นเอกสารที่ผู้อื่นปลอมไว้ก็ตาม โดยมีพฤติการณ์ที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน จึงจะเป็นความพิດ และต้องระวางโทษเช่นเดียวกับความพิດฐานปลอมเอกสาร

อย่างไรก็ดี หากผู้ใช้หรืออ้างเอกสารปลอม เป็นผู้ปลอมเอกสารขึ้นเองด้วย ให้ลงโทษในความพิດฐานใช้เอกสารปลอมนี้แต่เพียงกระหนเดียว



## ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร  
เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล  
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมาย  
ให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่  
ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พ.ศ.2539

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 และมาตรา 26 (4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ เวชกรรม พ.ศ. 2525 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิก

3.1 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526

3.2 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2530

3.3 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532

บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนดหรือกฎอื่นในส่วนที่กำหนดไว้แล้วระเบียบนี้หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างสังกัด กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย

“องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า ส่วนราชการหรือหน่วยงานที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศในราชกิจจานุเบกษา

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือการกำกับดูแล

ข้อ 5 บุคคลที่กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย จะมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ต้องเป็นบุคคลซึ่งระเบียบนี้กำหนด

ข้อ 6 บุคคลซึ่งได้รับมอบหมาย จะทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้เฉพาะ

6.1 ตามหลักเกณฑ์ วิธีการหรือเงื่อนไขที่ระเบียบนี้กำหนด

6.2 เป็นการปฏิบัติราชการหรืออยู่ในระหว่างการปฏิบัติราชการตามหน้าที่หรือตามที่ได้รับมอบหมาย และ

6.3 ต้องอยู่ในควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 7 ให้บุคคลที่มีวุฒิประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ ประกาศนียบัตรพนักงานสุขภาพชุมชน หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ ดังต่อไปนี้

7.1 ด้านอายุรกรรม

7.1.1 ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการหรือโรคดังต่อไปนี้ คือ ไข้ตัวร้อน ไข้และมีผื่นหรือจุด ไข้จับสั่น ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเดิน คลื่นไส้อาเจียน การอักเสบต่าง ๆ โลหิตจาง ดีซ่าน โรคขาดสารอาหาร อาหารเป็นพิษ โรคพยาธิลำไส้ โรคบิด โรคหวัด โรคหัด โรคสุกใส โรคคางทูม โรคไอกรน โรคผิวหนังและโรคติดต่อตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข

7.1.2 การรักษาพยาบาลอื่น คือ

(1) การให้น้ำเกลือในผู้ป่วยท้องเดินอย่างรุนแรง

(2) การฉีดเซรุ่มแก้พิษงู

(3) การสวนปัสสาวะ

(4) การล้างกระเพาะอาหารโดยใช้สายยางในรายที่สงสัยว่ารับประทานสารพิษ

7.2 ด้านศัลยกรรม

7.2.1 ผ่าฝี

7.2.2 เย็บบาดแผลที่ไม่สาหัส

7.2.3 ชะล้าง ทำแผล ตกแต่งบาดแผล

7.2.4 ผ่าเอาสิ่งแปลกปลอมซึ่งอยู่ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายออก

โดยฉีดยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง

7.3 ด้านสูตินรีเวชกรรม

7.3.1 ทำคลอดในรายการปกติ

7.3.2 ทำการช่วยเหลือขั้นต้นในรายที่มีการคลอดผิดปกติ

7.3.3 ทำการช่วยเหลือในกรณีที่จะมีการแท้งหรือหลังแท้งแล้ว

7.4 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

7.5 การวางแผนครอบครัว การฉีดยาคูมและจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด

7.6 การเจาะโลหิตจากปลายนิ้วหรือหลอดเลือดดำเพื่อส่งตรวจเข้าห้องปฏิบัติการ หรือเพื่อบริจาคเข้าธนาคารเลือด

7.7 ด้านปัจจุบันพยาบาล ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับการได้รับสารพิษ และสัตว์มีพิษกัดต่อย การแพ้ยุง การแพ้เซรุ่มและวัคซีน การเสียโลหิตภาวะช็อค การเป็นลมหมดสติ หยุดหายใจ ภาวะถูกหูก ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน ชัก จมูกน้ำ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าดูด สิ่งแปลกปลอมเข้าตา หู คอ จมูก และกระเพาะอาหารและผู้ป่วยที่เจ็บหนัก

ข้อ 8 ให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ตามข้อ 7 และกระทำการด้านการวางแผนครอบครัวใส่และถอดห่วงอนามัยได้

ข้อ 9 ให้ผู้ประกอบการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้มีวุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและจิตเวช ทำการประกอบวิชาชีพ เวชกรรมได้ตามข้อ 7 ยกเว้น 7.3

ข้อ 10 ให้ผู้ประกอบการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ซึ่งได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ตามข้อ 7 และกระทำการใส่และถอดห่วงอนามัยเพื่อการวางแผนครอบครัวได้ภายใต้เงื่อนไขและหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 10.1 ได้ทดสอบผู้ขอรับการใส่ห่วงอนามัยแล้วว่าไม่ตั้งครรภ์
- 10.2 ผู้ขอรับการใส่ห่วงอนามัยได้คลอดบุตรมาแล้ว ๔๕ - ๖๐ วัน และยังไม่มีการตั้งครรภ์
- 10.3 ผู้ขอรับการใส่ห่วงอนามัยได้คลอดหรือแท้งลูกมาแล้ว ๓๐ วัน และยังไม่มีการตั้งครรภ์

ข้อ 11 ให้ผู้ประกอบการพยาบาล หรือผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งได้ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวกับการผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอด หรือหลักสูตรการใส่และถอดยา ฝังคุมกำเนิดซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว ทำการผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอดหรือใส่และถอดยา ฝังคุมกำเนิดได้แล้วแต่กรณี

ข้อ 12 ให้ผู้ประกอบการพยาบาล หรือผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรการศึกษาหรืออบรมในหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลจากกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร หรือสถาบันการศึกษาของรัฐบาล ทำการให้ยาสลบได้เฉพาะการให้ยาสลบชนิด General anesthesia คือ การทำให้หมดความรู้สึกตัว แต่ไม่รวมถึงการให้ยาชาทางไขสันหลัง หรือการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ทั้งนี้ ให้อยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมอย่างใกล้ชิด

ข้อ 13 ให้บุคคลซึ่งได้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโทในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำการประกอบวิชาชีพตามข้อ 7.6 ได้

ข้อ 14 ให้บุคคลซึ่งได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการผดุงครรภ์โบราณของกระทรวงสาธารณสุข ทำการรับฝากครรภ์และทำคลอดในรายปกติได้

ข้อ 15 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ผ่านการอบรมและได้รับหนังสือรับรองความรู้และความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขยังตั้งแต่ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและใช้ยาได้ ดังต่อไปนี้

#### 15.1 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

15.1.1 ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามวิธีการที่กำหนดไว้ในแบบเรียนด้วยตนเองของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรเทาอาการหรือโรคดังต่อไปนี้ คือ ไข้ตัวร้อน ไข้และมีผื่น หรือจุด ไข้จับสั่น ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ ผื่นคันบนผิวหนัง ปวดฟัน เหงือกอักเสบ เจ็บตา เจ็บหู เหน็บชา และโลหิตจาง

15.1.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัดหรือสัตว์อื่นกัด ไฟฟ้าดูดและได้รับสารพิษ

#### 15.1.3 เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้จับสั่น

#### 15.2 การใช้ยา

15.2.1 ยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยยา

15.2.2 ยาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม สั่งให้จ่ายให้แก่คนไข้เฉพาะราย และเฉพาะคราว

15.2.3 ยาสมุนไพรที่กำหนดในแบบเรียนด้วยตนเองของกระทรวงสาธารณสุขในงานสาธารณสุข

มูลฐาน



ข้อ 16 ให้อาสาสมัครของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยหรืออาสาสมัครพัฒนาประชากรและชุมชน ซึ่งได้ผ่านการอบรมจากสถาบันดังกล่าวและได้รับหนังสือรับรองความรู้และความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขยังแต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครของสมาคมดังกล่าวอยู่ ทำการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีตราของสมาคมประจำตัวได้

ข้อ 17 ให้บุคคลที่ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 9 ข้อ 10 ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15 ใช้ยาตามบัญชียาที่หน่วยราชการของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยกำหนด ทั้งนี้ ต้องไม่เกินรายการบัญชียาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยรายการยาสถานีนอนามัยและรายการสมุนไพรสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อ 18 ให้บุคคลที่ได้รับมอบหมายทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระเบียบนี้ สามารถทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ได้เป็นการเฉพาะรายหรือกรณี โดยให้อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อ 19 ในกรณีที่มีปัญหาตามระเบียบนี้ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ 20 ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2539

เสนาะ เทียนทอง

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113 ตอนพิเศษ 35 ง วันที่ 30 ตุลาคม 2539

## ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร  
เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล  
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมาย  
ให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่  
ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(ฉบับที่ 2)  
พ.ศ.2540

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 และมาตรา 26 (4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ 3 ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า

- (1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ
- (2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือ
- (3) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอื่นที่ได้รับมอบหมาย

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือการกำกับดูแล

ข้อ 4 ให้ผู้มีสัญชาติไทย ที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรจากสถานศึกษาในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจ้างเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข เป็นบุคคลที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่

ข้อ 5 การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคคลตามข้อ ๔ ให้กระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็นกรปฏิบัติราชการ หรืออยู่ในระหว่างการปฏิบัติราชการตามหน้าที่หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 6 ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาในการปฏิบัติราชการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2540

มนตรี พงษ์พานิช

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 114 ตอนพิเศษ 61 ง วันที่ 31 กรกฎาคม 2540



## ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนด  
ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค  
พ.ศ. 2545

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 ประกอบด้วยมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 50 ของกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2545”

ข้อ 2 ให้ใช้ระเบียบนี้ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ 3 บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด กฎ หรือคำสั่งอื่นใด ในส่วนที่กำหนดไว้แล้วในระเบียบนี้หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ในระเบียบนี้

“การประกอบวิชาชีพการพยาบาล” หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำการรักษาโรคเบื้องต้น หรือการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามที่กำหนดในระเบียบนี้

“การรักษาโรคเบื้องต้น” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาเบื้องต้น เพื่อการแก้ปัญหาการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย บรรเทาความรุนแรงหรืออาการของโรคให้ผู้ป่วยพ้นภาวะความเจ็บป่วยหรือภาวะวิกฤต ทั้งนี้รวมถึงการประเมินผลการรักษาเบื้องต้นด้วย

“การให้ภูมิคุ้มกันโรค” หมายความว่า การให้วัคซีนป้องกันโรค

ข้อ 5 ผู้มีสิทธิทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามระเบียบนี้ ได้แก่

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือ
- (2) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

ข้อ 6 ผู้ที่มีสิทธิทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามระเบียบนี้ต้องได้รับการศึกษา/ฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนดและต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ข้อ 7 การรักษาโรคเบื้องต้น ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ดังนี้

- (1) ตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาโรค ตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลโดยเคร่งครัด
- (2) ให้ผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นเมื่อปรากฏหรือตรวจพบหรือเห็นว่า

อาการไม่บรรเทา อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อหรือมีเหตุอันควรอื่นๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ การบำบัดรักษา หรือเวชภัณฑ์ เป็นต้น

ข้อ 8 การรักษาโรคเบื้องต้น ถ้าจำเป็นต้องใช้ยา ให้ใช้ยาได้ตามคู่มือการใช้ยาที่สภาการพยาบาลกำหนด

ข้อ 9 การให้ภูมิคุ้มกันโรค ให้กระทำได้ตามแนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามข้อ ๖ โดยอนุโลม

ข้อ 10 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามระเบียบนี้ ต้องบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ อาการและการเจ็บป่วย โรค การให้การรักษาโรคหรือการให้บริการ ตามความเป็นจริง ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติ ตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคที่สภากาการพยาบาลกำหนด

ข้อ 11 ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ ในกรณีมีปัญหาในการปฏิบัติ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ประกาศ ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2545

สุดารัตน์ เกตุราพันธ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนพิเศษ 114 ง วันที่ 22 พฤศจิกายน 2545

ภาคผนวก  
(กรมบัญชีกลาง)

กฎหมาย/ระเบียบ/หลักเกณฑ์/หนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับ  
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกา

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553  
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

หลักเกณฑ์

หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553

หนังสือเวียน

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
<b>โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคไต (ระบบ HD)</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 84	28 ก.ย. 2549	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลเกี่ยวกับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 161	10 พ.ย. 2549	การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีการส่งต่อผู้ป่วย
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 83	2 มี.ค. 2550	การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 198	6 มิ.ย. 2550	ข้อมความเข้าใจการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม กรณีที่มีสิทธิเข้าซ้อนกับสิทธิประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 45	11 มิ.ย. 2552	แนวทางการปฏิบัติและข้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 277	14 ส.ค. 2552	การอนุมัติการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลกรณีค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกรณีส่วนเกินค่าคลอดบุตรประกันสังคม
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 355	30 ก.ย. 2554	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษายาบาลการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

ภาคผนวก - บท

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
-	กค 0422.2/ว 97	14 มี.ค. 2555	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0431.4/ว 19	14 ม.ค. 2559	การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 404	14 ต.ค. 2559	การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยวิธีไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 146	14 เม.ย. 2563	หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 150	15 เม.ย. 2563	การต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาลโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19
<b>โครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ระบบ OCPA)</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 442	23 ธ.ค. 2551	การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 4	7 ม.ค. 2552	ขอแก้ไขและซ่อมความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 111	24 ก.ย. 2555	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
-	กค 0416.2/ว 91	20 มี.ค. 2560	กำหนดและซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 34	19 ม.ค. 2561	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 156	23 มี.ค. 2561	การเบิกจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 424	20 ก.ย. 2561	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)



เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
-	กค 0416.2/ว 448	2 ต.ค. 2561	แก้ไขแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายาที่กรมบัญชีกลาง ได้ประกาศหลักเกณฑ์ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.2/ว 424 ลงวันที่ 20 กันยายน 2561
-	กค 0416.2/ว 85	22 ก.พ. 2562	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 122	13 มี.ค. 2562	แก้ไขแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายาที่กรมบัญชีกลาง ได้ประกาศหลักเกณฑ์ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 85 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 340	12 ก.ค. 2562	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 445	12 ก.ย. 2562	การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติตรหัส C54 หรือรหัส C506) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 532	12 พ.ย. 2562	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
-	กค 0416.2/ว 278	19 มี.ย. 2563	ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
<b>โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง (ระบบ RDPA) และ โรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (ระบบ DDDPA)</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 124	2 เม.ย. 2553	ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง และโรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 444	12 ก.ย. 2562	การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติตรหัส C54 หรือรหัส C506) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง (RDPA) และโรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (DDPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

เลขหนังสือ	วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	
<b>ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 76	29 ก.พ. 2555	หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย
<b>กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชน</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 333	31 ส.ค. 2560	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน
-	กค 0416.4/ว 76	12 ก.พ. 2561	ซ้อมความเข้าใจกรณีการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน
<b>อัตราค่าบริการสาธารณสุข</b>			
<b>หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/พิเศษ ว 2	4 ธ.ค. 2556	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หมวด 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
<b>หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0416.4/ว 484	21 ธ.ค. 2560	ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
<b>หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0422.2/ว 45	11 มิ.ย. 2552	แนวทางการปฏิบัติและซ้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 57	15 ก.ค. 2552	การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติและซ้อมความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
-	กค 0422.2/ว 72	28 ก.พ. 2555	ซ้อมความเข้าใจกรณีการเบิกจ่ายยาประเภทวิตามิน
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 111	24 ก.ย. 2555	การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 262	29 ก.ค. 2558	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายานวดบรรเทาอาการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 83	13 ส.ค. 2558	หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 400	11 ต.ค. 2559	กำหนดและซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายา
-	กค 0416.2/ว 91	20 มี.ค. 2560	กำหนดและซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)
-	กค 0416.2/ว 389	30 ส.ค. 2561	ซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่ายา
-	กค 0416.2/ว 291	13 มิ.ย. 2562	การแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
<b>หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
<b>หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 118	29 มี.ค. 2554	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หมวด 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
-	กค 0422.2/ว 492	4 ธ.ค. 2558	ซ่อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่าผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติหนึ่งสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา
<b>หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต</b>			
-	กค 0416.2/ว 393	10 ต.ค. 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธ.ค. 2560	ขอขยายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 ม.ค. 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
-	กค 0416.2/ว 372	22 ส.ค. 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาเพิ่มเติม
<b>หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0416.2/ว 393	10 ต.ค. 2560	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 495	29 ธ.ค. 2560	ขอขยายระยะเวลาการใช้บังคับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 21	12 ม.ค. 2561	การเบิกจ่ายค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
-	กค 0416.2/ว 372	22 ส.ค. 2561	ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาเพิ่มเติม
<b>หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 ก.ย. 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
-	กค 0416.2/ว 376	7 ส.ค. 2562	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
<b>หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
<b>หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
<b>หมวดที่ 11 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 309	17 ก.ย. 2550	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (เพิ่มเติม)
<b>หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.3/ว 435	9 ก.ย. 2562	ข้อมความเข้าใจการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (ใน เวลาราชการ/นอกเวลาราชการ)
<b>หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0431.2/ว 246	16 มิ.ย. 2559	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0416.2/ว 369	21 ก.ย. 2559	ขอแก้ไขประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ของทางราชการหมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม และข้อมความเข้าใจการเบิกค่าฟันเทียมและอุปกรณ์
<b>หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ



เลขหนังสือ		วัน/เดือน/ปี	เรื่อง
-	กค 0417/ว 17	9 ม.ค. 2550	ขอแก้ไขและซ่อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
<b>หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 447	12 พ.ย. 2558	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น
-	กค 0416.2/ว 134	15 มี.ค. 2561	ซ่อมความเข้าใจการเบิกค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น
<b>หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
<b>รายการแนบท้าย : ค่าตรวจสุขภาพประจำปี</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0417/ว 177	24 พ.ย. 2549	อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0417/ว 17	9 ม.ค. 2550	ขอแก้ไขและซ่อมความเข้าใจเกี่ยวกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
-	กค 0422.2/ว 362	5 ต.ค. 2554	การปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์การเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี รายการ ค่าตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray)
<b>การตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ</b>			
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 11	16 ม.ค. 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 18	22 ม.ค. 2552	แนวปฏิบัติการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและวิธีการนำเงินส่งคืนคลัง
ด่วนที่สุด	กค 0422.2/ว 209	30 ก.ย. 2553	หลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษาพยาบาลส่งคืนคลัง

## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูงสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิสวัสดิการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) และสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

โรคมะเร็ง (Oncology Prior Authorization : OCPA) (สิทธิสวัสดิการข้าราชการ, ก.ท.ม., อปท.)

โรครูมาติก(Rheumatic Disease Prior Authorization : RDPA) และโรคสะเก็ดเงิน (Dermatology Disease Prior Authorization : DDPA) (สิทธิ อปท.)

1. สถานพยาบาลโดยผู้อำนวยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้รักษาเพื่อลงทะเบียน OCPA / RDPA / DDPA
2. สพตส. ขอให้ รพ. ส่งรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ Username และ Password พร้อมกับรายชื่อแพทย์ผู้รักษา (ในกรณีที่ยังไม่มี Username และ Password)

3. สพตส. จัดทำ Username และ Password ส่งให้สถานพยาบาลเพื่อเข้าใช้ส่งข้อมูลในโปรแกรม

4. แพทย์ผู้รักษาส่งโปรโตคอลและสำเนาเวชระเบียนให้ สพตส. ผ่านโปรแกรม

5. สพตส. ส่งโปรโตคอลและเวชระเบียนให้ Auditor ตรวจสอบ

6. สพตส. ส่งผลการตรวจสอบกลับให้สถานพยาบาลภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่ทาง รพ.ส่งข้อมูลครบถ้วน

- กรณีต่ออายุการักษา หรือยกเลิกการรักษาจะต้องแจ้งในระบบ OCPA/RDPA/DDPA และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 - 6

**หมายเหตุ** หากสถานพยาบาลไม่ต่ออายุการักษา หรือยกเลิกการรักษาของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนการักษาไว้แล้ว จะทำให้สถานพยาบาลไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลที่ส่งเบิกในระบบจ่ายตรงได้ (ทุกกรณี) โดย สำนักสารสนเทศ บริการสุขภาพ (สทส.) จะแจ้งรหัส C54 หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะแจ้งรหัส C474

### การอุทธรณ์

- กรณี OCPA/ RDPA/ DDPA (สิทธิสวัสดิการข้าราชการ, ก.ท.ม.) ให้จัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์พร้อมกับการดำเนินการขออนุมัติใช้ยาครั้งแรกหรือต่ออายุการักษาของผู้ป่วยทุกรายไปยัง สพตส. โดยตรงภายในวันที่ 30 มิถุนายน ของทุกกรอบปี ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค. 0416.3/ว445 ลงวันที่ 12 ก.ย. 62
- กรณี OCPA/ RDPA/ DDPA (สิทธิ อปท.) ขั้นตอนให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการรักษาด้วยการประเมินตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

## หลักการและเหตุผล

ภาวะไตวายเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะที่มีปัญหาด้านการบริการอันเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอและเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีชีวิตอยู่โดยปราศจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการคั่งของของเสียในร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองมีความสุข ความพอใจ

สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับมอบหมายจากกรมบัญชีกลางในการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล

## แนวปฏิบัติ

1. สพตส. ได้จัดทำโปรแกรมการส่งข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจสอบจากสถานพยาบาล เพื่อจัดส่งแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย ดัชนีชี้วัดของการให้บริการ และการรักษาตามมาตรฐานในรายบุคคล รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วย และประเมินผลการรักษาโดยแพทย์เป็นระยะตามมาตรฐาน
2. จัดอบรมแพทย์ ให้สามารถทำการตรวจสอบเวชระเบียนของสถานพยาบาลด้วยตนเองและจัดส่งผลการตรวจสอบตามโปรแกรมทางอิเล็กทรอนิกส์
3. สพตส. จัดรวบรวมข้อมูลรายปีเพื่อวิเคราะห์และนำมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. สถานพยาบาลได้พัฒนาระบบตรวจสอบตนเอง พัฒนาบุคลากรและมีข้อมูลการประเมินคุณภาพการรักษาของตนเอง เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม สมเหตุสมผล
3. กองทุนสามารถนำข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลเพื่อใช้ในระบบบริการและในเชิงนโยบาย

## การเข้าร่วมโครงการ

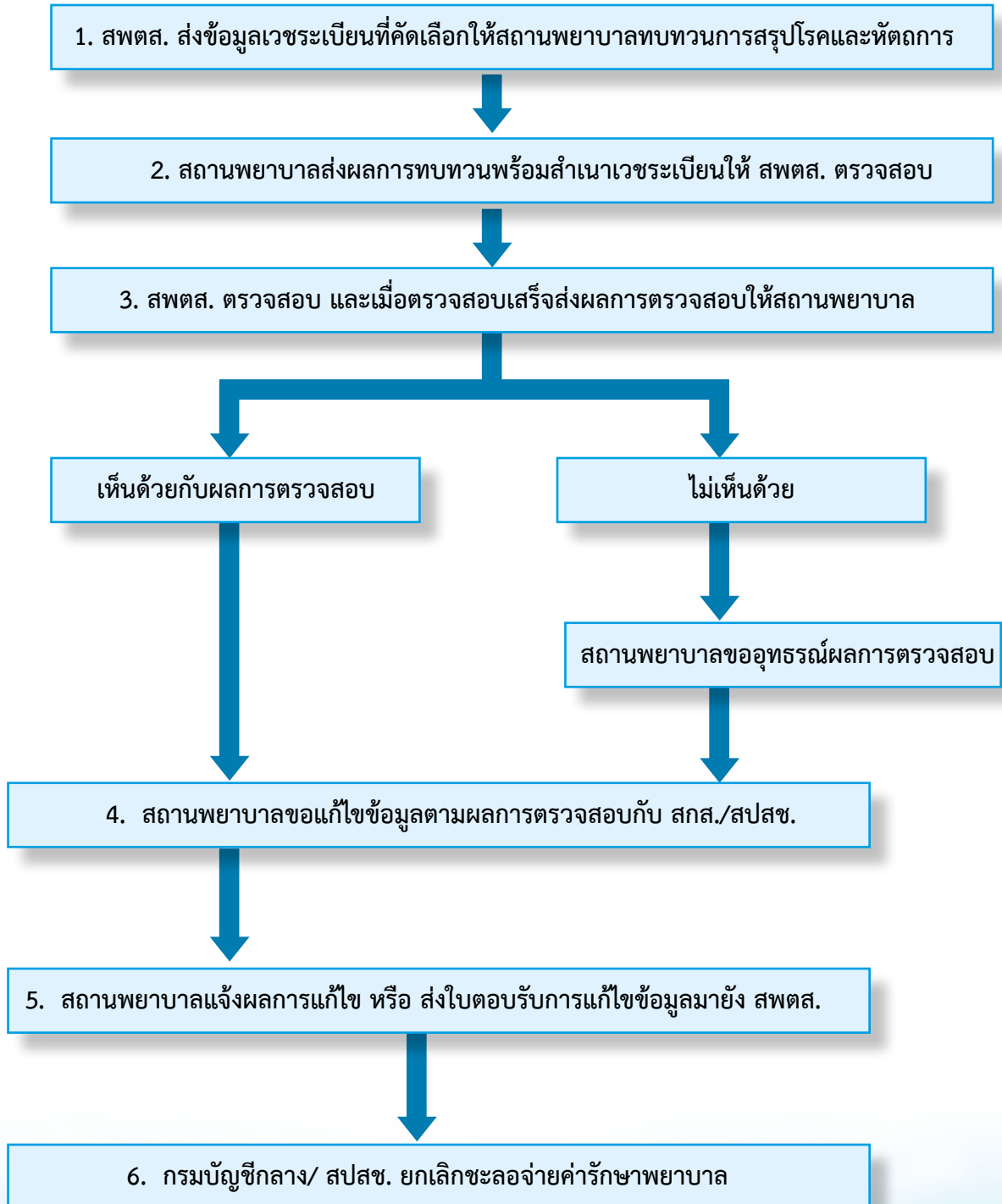
1. สถานพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมัครเข้าโครงการด้วยการส่งรายชื่อแพทย์ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลตนเอง ให้ สพตส. เพื่อลงทะเบียนในระบบและสามารถเข้าใช้โปรแกรมได้
2. สพตส. และคณะแพทย์ผู้ริเริ่มโครงการ จัดการอบรมแนวทางการตรวจสอบ การใช้โปรแกรม และการลงข้อมูลแก่แพทย์ผู้ร่วมทำการตรวจสอบ

## วิธีการตรวจสอบ

1. ในปีแรกตรวจสอบข้อมูลทางเวชระเบียนของผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการรักษามาแล้วเกินกว่า 6 เดือน
2. แพทย์ผู้ทำการตรวจสอบ ณ สถานพยาบาลส่งข้อมูลผลการตรวจสอบในโปรแกรม
3. ตรวจสอบซ้ำโดยคณะแพทย์จาก สพตส. ร่วมกับผู้ตรวจสอบจากสถานพยาบาล
4. ในปีที่ 2-3 แพทย์ผู้ทำการตรวจสอบ ณ สถานพยาบาลตรวจสอบข้อมูลทางเวชระเบียนของผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมาย และส่งข้อมูลผลการตรวจสอบในโปรแกรมเพื่อติดตามผลการบริการ การรักษา การดูแลและการประเมินสภาพผู้ป่วยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ตรวจแล้วในปีที่ 1

การตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (ใช้เมื่อสถานพยาบาลได้ถูกชะลอจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายหลังการตรวจสอบแล้วพบข้อผิดพลาดในการสรุปโรค หัตถการและส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง)

### ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ก่อนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล)





## ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยจะต้องระบุประเด็นและวงเงินที่ขออุทธรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานและเหตุผลประกอบให้ชัดเจน ส่งให้ บก. พิจารณาภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันที่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการตรวจสอบฯ

2. บก. ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สพตส. หรือหน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

3. แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ พร้อมรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ GFMS และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลทราบและดำเนินการ

### กรณียอมรับผลอุทธรณ์

4. สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการนำเงินส่งคืนคลัง ดังรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ GFMS และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ตามข้อ 3. ภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันที่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ ทั้งนี้ บก. จะเป็นผู้นำส่งเงินในระบบ GFMS แทนสถานพยาบาล

### กรณีไม่ยอมรับผลอุทธรณ์

5. สถานพยาบาลยื่นเรื่องขออุทธรณ์ผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ ตามข้อ 3. ให้ บก. พิจารณาภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันที่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์

5.1 บก. ส่งคำขออุทธรณ์ดังกล่าวของสถานพยาบาลให้ สพตส. หรือ หน่วยงานวิชาชีพ พิจารณาตรวจสอบ

5.2 บก. แจ้งผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ พร้อมรายละเอียดการนำเงินส่งคืนคลังในระบบ GFMS และใบนำฝากเงิน (Pay-In Slip) ให้สถานพยาบาลทราบและดำเนินการ ทั้งนี้ ผลการพิจารณาคำขออุทธรณ์ดังกล่าวถือเป็นที่สุด สถานพยาบาลไม่สามารถขออุทธรณ์ได้อีก

5.3 สถานพยาบาลนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง โดยปฏิบัติตามข้อ 4.

- หมายเหตุ :
1. กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สถานพยาบาลสามารถอุทธรณ์ ผลการตรวจสอบดังกล่าวได้ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการขออุทธรณ์ข้างต้น
  2. การนำเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปโดยไม่ถูกต้องส่งคืนคลัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์การนำเงินค่ารักษายาบาลส่งคืนคลัง ที่กรมบัญชีกลางกำหนด รายละเอียดตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
  3. กรณีกรมบัญชีกลางแจ้งผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือแจ้งผลการพิจารณาค่าขออุทธรณ์แล้ว หากสถานพยาบาลไม่ส่งคืนเงินค่ารักษายาบาลที่เบิกไปไม่ถูกต้องหรือไม่ขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบฯ ภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันที่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการตรวจสอบหรือนับแต่วันที่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการพิจารณาค่าขออุทธรณ์ แล้วแต่กรณี หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว กรมบัญชีกลางจะชะลอการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลในงวดถัดไปทันที

# ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๑



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๕๕

- เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
- เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขานุการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ / สถานพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด
- อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒  
๒. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒  
๓. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๔๙  
๔. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙  
๕. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ  
๒. คู่มือการแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ - ๕ กระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองประกอบการเบิกจ่าย เว้นแต่การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรง และอยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ การเบิกจ่ายยาข้างต้น ให้เบิกได้ แต่เฉพาะรายการยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ การใช้จ่ายต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด และต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ นั้น

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผล และไม่ถูกต้อง โดยมีการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยานานแรก ไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หรือระบุเหตุผลที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก กระทรวงการคลังจึงเห็นควรดำเนินการดังนี้

๑. ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
    - ๑.๑ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
    - ๑.๒ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๖.๕/ว ๖๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
    - ๑.๓ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๔๙
- เฉพาะข้อ ข สถานพยาบาล รายการ ๒.๒.๓
- ๑.๔ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ หมวดที่ ๓ ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด เฉพาะรายการค่ายาที่เบิกได้
  - ๑.๕ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓

๒. ให้สถานพยาบาลและส่วนราชการเบิกค่ายาโดยถือปฏิบัติดังนี้

๒.๑ ค่ายาที่เบิกได้คือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องเป็นไปตามเงื่อนไขในบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะนั้นๆ และต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด

๒.๒ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

(๑) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผลดังนี้

A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้**ใน**บัญชียาหลักแห่งชาติ

เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป

แพ้ยา หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยา หลังจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและไม่มีกลุ่มยาอื่นใดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีก โดยเชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้จะช่วยให้ผู้ไข้ยา ใช้ยาได้ต่อไปอย่างปลอดภัย

B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่า**ได้**ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้รักษาโรคหรืออาการดังกล่าวในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษามาก่อนแล้วยังไม่สามารถให้ผลการรักษาที่ต้องการ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้ มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการรักษาได้ดีกว่ายาเดิม

C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้**ใช้** แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้ยานอกบัญชียาหลักตามเหตุผลนี้ แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผล ความปลอดภัยของยา ลักษณะและความรุนแรงของโรค และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย

D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้าม**ใช้**ยาในบัญชียาอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้รักษาหรือบรรเทาอาการของโรคให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้าม**ใช้**ยาในบัญชียาอย่างสัมบูรณ์ (Absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาร่วมกับยาอื่นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างยิ่ง (serious drug interaction)

E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)

ราคาแพงกว่า หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อคอร์สของการรักษา หรือค่าใช้จ่ายต่อวัน (หากเป็นโรคที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง) ของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาถูกกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคหรืออาการเดียวกัน โดยใช้ราคาภายในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นยาชื่อสามัญเป็นตัวเปรียบเทียบ

/F...



## F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัว บางประการที่ต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรค รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ และระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไว้หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อ (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) ในเวชระเบียนและใบสั่งยาให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

(๒) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ ออย. เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

(๓) กรณีที่สถานพยาบาลแจ้งเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า ให้สถานพยาบาลแจ้งรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงนั้นให้กรมบัญชีกลางทราบเพื่อส่งให้คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณา แจ้งเหตุที่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่เหมาะสมต่อไป

๒.๓ การเบิกจ่ายยาที่กระทรวงการคลังและ/หรือกรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ค่ายาวิตามิน ค่ายาสมุนไพร ค่ายาบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม ค่ายามะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๒ ชนิด ค่ายาชีววัตถุสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคสะกดเงิน ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นั้นต่อไป

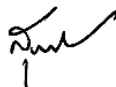
๒.๔ ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนดอย่างเคร่งครัด

๒.๕ กรณีตรวจสอบพบว่า สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด กระทรวงการคลังจะดำเนินการเรียกเงินคืนทั้งหมดของรายการยานั้นๆ ที่มีการเบิกจ่าย

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิม ทั้งนี้ กระทรวงการคลังได้จัดทำหลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและคู่มือการแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุภา ปิยะจิตติ)  
รองปลัดกระทรวงการคลัง  
หัวหน้ากลุ่มภารกิจเงินรายจ่ายและหนี้สิน

กรมบัญชีกลาง  
สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ  
กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ  
โทร. ๐-๒๑๒๗-๗๓๙๕-๘



## หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล<sup>1</sup> โดยมุ่งสร้าง “บัญชียาแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้จ่ายของประเทศให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้จ่ายอย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

### หลักการ

1. บัญชียาหลักแห่งชาตินี้ จะได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทันเหตุการณ์ และจัดพิมพ์รวมเล่มเป็นบัญชียาหลักฯประจำปีทุกปี โดยพิจารณาจากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งหวังให้เกิดความเป็นธรรม ระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย

2. การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ทุกครั้งจักดำเนินการจัดทำโดยกระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเหตุผลและเป็นปัจจุบันสามารถอธิบายชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องและสาธารณชนได้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมแสดงความคิดเห็นในระหว่างขั้นตอนการ

<sup>1</sup> การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้จ่ายโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้จ่ายอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้จ่ายอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้จ่ายในกรอบบัญชียายังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้จ่าย โดยใช้จ่ายในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่านายันได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้จ่ายที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นายันได้อย่างเท่าเทียมและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

คัดเลือกยา และตรวจสอบได้ ตามความเหมาะสม ตลอดจนเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพิจารณา  
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3. บัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชนผู้สั่งใช้ยา ระบบบริหาร  
เวชภัณฑ์ ผู้บริหารสถานพยาบาล ระบบการเบิกจ่าย และระบบเศรษฐกิจของชาติ โดยสามารถ

3.1 ใช้เป็นแนวทางในการเลือกจ่ายยาตามขั้นตอนอย่างสมเหตุผล

3.2 ส่งเสริมการจ่ายยาด้วยความพอดี

3.3 ส่งเสริมการจ่ายยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ต้นทุน (maximization of cost-effectiveness) ควบคู่กับการเพิ่มคุณภาพการรักษา โดยเปิดโอกาสให้การเข้าถึงยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อมีความ  
จำเป็นต้องใช้

### เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกยา

1. ระบบการคัดเลือกยาต้องเป็นไปตามความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ  
ของประเทศไทยเป็นหลัก

2. ระบบการคัดเลือกต้องแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ละเอียดพอ เอื้อให้เกิดการใช้ข้อมูลครบถ้วน  
ในการตัดสินใจ มีข้อมูลและเหตุผลชัดเจนทุกขั้นตอน และอธิบายต่อสาธารณชนได้ (explicit information)  
การตัดสินใจคัดเลือกยาใช้หลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ (evidence-based literature) หรือการให้คะแนน  
ที่มีประสิทธิผลเป็นหลักในการคัดเลือกร่วมกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/เภสัชศาสตร์/  
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความเห็นเชิงนโยบายของผู้บริหารในหน่วยงานหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง  
หลักฐานและความเห็นที่ได้รับจากผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมในระหว่างขั้นตอนการคัดเลือกยา

3. การคัดเลือกและแสดงรายการยา ให้ใช้ชื่อสามัญของยา รูปแบบยา ความแรง ขนาดบรรจุ  
ยกรวันในกรณีที่ไม่ระบุจึงใช้ความแรงและขนาดบรรจุอื่นได้ ทั้งนี้ให้ระบุเงื่อนไขการสั่งใช้ยาหรือจัดหาตาม  
ความเหมาะสม รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ คำเตือน และหมายเหตุ (คำแนะนำ ข้อสังเกต ข้อควร  
ระวัง คำอธิบาย)

หมายเหตุ การพิจารณาชีวิตวัตถุที่ไม่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันแต่มีข้อมูลชัดเจนที่ชี้ว่า ตำรับ  
ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีขนาดยาแตกต่างกันให้พิจารณาเป็นรายตำรับด้วย

4. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพยา เช่น รูปแบบยา การเก็บรักษา ความคงตัวของยา ขนาด  
บรรจุ วันหมดอายุ เป็นต้น ตลอดจนข้อมูลอื่นเกี่ยวกับยา เช่น ประสิทธิภาพในการบริหารยาและการยอมรับ  
ในการใช้ยาของผู้ป่วย (compliance) เป็นต้น

5. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ราคายา ความสามารถในการจ่าย  
ทั้งหมดของ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและประชาชน ตลอดจนฐานะเศรษฐกิจของประเทศ

6. ในกรณีที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญแต่อาจมีผลกระทบต่อ  
ความสามารถ และภาระในการจ่ายทั้งหมดของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบ

การประเมิน ความคุ้มค่า และผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยที่คณะอนุกรรมการได้ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว โดยมอบหมายให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการ และเสนอผลการพิจารณาต่อคณะอนุกรรมการประกอบการตัดสินใจคัดเลือกยา

7. ในกรณีที่ยามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การพิจารณา แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือไม่มีจำหน่ายในประเทศ ให้กำหนดรายการยาดังกล่าวไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอเป็นยากำพร้า<sup>2</sup> เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาดังกล่าวต่อไป

8. กรณียาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) และข้อบ่งใช้ของยาที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

8.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีใช้ยาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) เว้นแต่

ก) เป็นยาในบัญชี จ (1) ซึ่งมีระบบกำกับดูแลที่เข้มงวดกว่าระบบ SMP

ข) เป็นยาบางรายการที่สามารถช่วยเพิ่มการแข่งขันหรือลดการผูกขาด หรือทำให้ราคา ยาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงอย่างชัดเจน หรือช่วยเพิ่มกรอบรายการยาในข้อบ่งใช้ที่พิจารณาให้สามารถครอบคลุมยาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าอย่างชัดเจน หรือเป็นยาจำเป็นต้องใช้เนื่องจากไม่มีวิธีการ รักษาอื่นทดแทนได้ โดยยานั้นต้องมีประโยชน์เหนือความเสี่ยงอย่างชัดเจน

8.2 เนื่องจากการใช้ยาในข้อบ่งใช้ที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) นั้น มีความจำเป็นในบางกรณีและเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้และเป็นมาตรฐานให้ผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการได้ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

ก) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาประสานกับผู้ประกอบการเพื่อให้มาขึ้นทะเบียนข้อบ่งใช้ใหม่เพิ่มเติมให้เรียบร้อย

ข) ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ ก หรืออยู่ระหว่างดำเนินการ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ในการพิจารณาข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ทุกข้อ

1) มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าวอย่างชัดเจน

2) เป็นข้อบ่งใช้ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลแต่ไม่ได้ขึ้นจดทะเบียนในประเทศไทย

ซึ่งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ความเห็นชอบ

ค) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการติดตามข้อมูลในการใช้ยาเป็นพิเศษ

<sup>2</sup> ยากำพร้า หมายถึง “ยาที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อวินิจฉัย บรรเทา บำบัด ป้องกัน หรือรักษาโรคที่พบได้น้อย หรือโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง หรือยาที่อัตราการใช้ต่ำโดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้ และมีปัญหาการขาดแคลน”

9. ควรเป็นยาเดี่ยว หากจำเป็นต้องเป็นยามผสมจะต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่แสดงว่ายามผสมมีข้อดีกว่าหรือ เท่าเทียมกับยาเดี่ยวในด้านความปลอดภัย ประโยชน์และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยามผสมจะต้องมีข้อดีกว่ายาเดี่ยว ในประเด็นของ compliance และ/หรือ การชะลอหรือป้องกันการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

10. หากเป็นยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ ให้ระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาดังกล่าวเป็นไปตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม เงื่อนไขการสั่งใช้ต้องมีความชัดเจน เอื้อต่อการใช้ยาเป็นขั้นตอนตามระบบบัญชีย่อย ซึ่งแบ่งเป็นบัญชีย่อย ก ข ค ง และ จ

**บัญชีย่อย ก** หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นรายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

**บัญชีย่อย ข** หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชีย่อย ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชีย่อย ก ตามความจำเป็น

**บัญชีย่อย ค** หมายถึง รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากยากลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน

**บัญชีย่อย ง** หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาการใช้บัญชีย่อยหลักแห่งชาติไปอ้างอิงในการเบิกจ่ายควรนำข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ยาในบัญชีย่อย ง จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือ ก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบในอนาคตได้

**บัญชีย่อย จ** ได้แก่

**บัญชีย่อย จ (1)** รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการฯ เป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาจัดเข้า

ประเภทของยา (ก ข ค ง) ในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

**บัญชี จ (2)** รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ<sup>3</sup> ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยาในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามีค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

#### หมายเหตุ

1. ยาแต่ละชนิด จัดอยู่ในบัญชีย่อยได้มากกว่า 1 บัญชี หากว่าข้อบ่งชี้การใช้ยาชนิดนั้นมี หลายอย่าง และควรมีการกำกับการใช้ที่แตกต่างกัน
2. มาตรการ กำกับการใช้ของยาในบัญชี จ พิจารณาจัดทำได้ตั้งแต่การกำหนดแนวทาง การพิจารณาการใช้ยา การติดตามปริมาณการใช้ยา จนถึงการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายตามความเหมาะสม
3. ในกรณีที่เป็นยากำพร้า ให้วงเล็บไว้ท้ายบัญชีย่อย เช่น บัญชี ก (ยากำพร้า)
4. ยา ในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามี ค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

<sup>3</sup> เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้ม จะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรคหรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมากหรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับ และอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสมโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับ มอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมี ระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลาง ในอนาคตได้



## กระบวนการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ได้มีการพัฒนาระบบในกระบวนการคัดเลือกยาที่สำคัญดังนี้

**ความโปร่งใสในกระบวนการคัดเลือกยา (transparency)** โดยที่กรอบการบริหารเวชภัณฑ์ของรัฐ และชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ได้ใช้บัญชียาหลักฯ อ้างอิง ดังนั้น เพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติใช้ได้ผลและเป็นที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดเกณฑ์จริยธรรมในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้น มีสาระสำคัญที่มุ่งให้คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานฯ ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ ทุกคนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความบริสุทธิ์ใจ โปร่งใสตามหลักวิชาการ และมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ในการนี้ คณะอนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ ทุกคนได้ลงนามแสดงความบริสุทธิ์ใจไว้ตามเกณฑ์จริยธรรมที่กำหนด

## การคัดเลือกยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence-based approach)

เพื่อให้การคัดเลือกยากระทำโดยมีหลักฐาน มีเหตุผล และเป็นปัจจุบัน สามารถอธิบาย ชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องได้ จึงจำเป็นต้องใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based information) ที่ละเอียดครบถ้วนเพียงพอต่อการตัดสินใจ เป็นข้อมูลที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน เพื่อลดอคติในการพิจารณา โดยมีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกยาที่สำคัญคือ ระบบคะแนน ISafe และ ดัชนี EMCI มาใช้ในการเปรียบเทียบยาชนิดต่างๆ ก่อนตัดสินใจเลือกยา ระบบดังกล่าวได้ผสมผสานข้อดีของการใช้ evidence-based information ซึ่งมีการให้น้ำหนักความสำคัญต่อปัจจัยหลักที่ใช้เปรียบเทียบคุณสมบัติของยาอย่างครบถ้วน เป็นระบบ ปราศจากอคติ รวมเข้าไว้ด้วยกันกับข้อดีของการใช้ expert judgement กล่าวคือดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญที่สามารถนำปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาคำนวณคะแนนมาประกอบการพิจารณา เช่น ความรวดเร็วในการออกฤทธิ์ของยา ความคงทนของตัวยา และการตีอยา เป็นต้น

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติส่วนใหญ่คัดเลือกโดยผ่านระบบคะแนนดังกล่าว เว้นแต่ยาบางรายการ ซึ่งพิจารณาโดยอิงปรัชญาและหลักการที่คณะอนุกรรมการฯ วางไว้เป็นหลักในเบื้องต้น ร่วมกับหลักเกณฑ์ของ evidence-based medicine ตัวอย่างยาที่ไม่ได้ใช้ระบบคะแนน ISafe และดัชนี EMCI ได้แก่ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งและโรคทางโลหิตวิทยา ยาด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์และรังสีวินิจฉัย ยาต้านโภชนาการ ยาต้านทันตกรรม ยาด้านอชีวเวชศาสตร์และพิษวิทยา ยาที่ไม่ต้องเปรียบเทียบกับยาอื่น ยาที่มีใช้ความจำเป็นต่อสุขภาพ ยาที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุน ยาผสมที่ไม่มีข้อมูลแสดงว่ามีข้อดีกว่าหรือเท่าเทียมกับยาเดี่ยว เป็นต้น

**ระบบการพิจารณาสามขั้นตอน** เพื่อให้การพิจารณาคัดเลือกยาเป็นไปอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาในมิติต่างๆ อย่างครบถ้วน ทั้งในระดับจุลภาค (ผลต่อบุคคล/ผู้ป่วยแต่ละราย) และระดับมหภาค (ผลต่อรัฐ/ระบบบริการสุขภาพและสังคม) รวมทั้งให้สอดคล้องกับปรัชญา หลักการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดให้มีการพิจารณากลับกรองสามชั้น ดังนี้

**ขั้นที่หนึ่ง** คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา 17 สาขา พิจารณาคัดเลือกยาตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกยาของคณะอนุกรรมการฯ โดยใช้คะแนน ISaF และ EMCI เป็นเครื่องมือในการพิจารณาพร้อมกับความเห็นและข้อมูลในประเด็นอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นองค์ประกอบในการคำนวณคะแนน ISaF และ EMCI การพิจารณาในขั้นแรกนี้ คณะทำงานฯ ส่วนใหญ่มุ่งพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับความสะดวกในการส่งจ่ายยาเป็นสำคัญ จึงควรคำนึงถึงภาพรวมของประเทศเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม มีการใช้ข้อมูล ISaF และ EMCI อย่างจริงจังเป็นระบบ ผนวกเข้ากับข้อมูล cost-effectiveness analysis และใช้มุมมองด้านสังคม (social perspective) ความสามารถในการจ่ายของประเทศ (affordability) ความเสมอภาค (equity) รวมทั้งความเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพในประเทศไทยเป็นฐานในการพิจารณา

**ขั้นที่สอง** คณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักแห่งชาตินำข้อมูลของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกสาขาที่พิจารณาในกลุ่มเดียวกันมารวมกัน เพื่อพิจารณาในภาพรวมว่า ควรมีข้อเสนอในการคัดเลือกยาอย่างไร

**ขั้นที่สาม** คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ จะทำการพิจารณาข้อมูล เหตุผล และหลักฐานต่างๆ จากทั้งคณะทำงานทั้งสอง เพื่อตัดสินใจคัดเลือกยาในขั้นสุดท้าย หากยังไม่สามารถใช้ฉันทามติคัดเลือกยาได้ ก็จะส่งกลับไปยังคณะทำงานฯ ทั้งสองพิจารณาซ้ำอีกครั้ง

ในกรณีที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย เพื่อเสนอคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณาความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินในอีก 5-10 ปีข้างหน้าก่อนการพิจารณาตัดสินใจคัดเลือกยา

คู่มือ  
การแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ  
(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง  
ตุลาคม 2555

**บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผล\*** โดยมุ่งสร้าง “บัญชียาแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผลให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้อย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

\*องค์การอนามัยโลก (1985) กำหนดว่า การใช้อย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้อย่างมีความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยขนาดยาและระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม โดยมีค่าใช้จ่ายต่อตัวผู้ป่วยและชุมชน (หรือประเทศ) ต่ำที่สุด”

## คำอธิบายประกอบเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สืบเนื่องจากกรมบัญชีกลางได้เปิดช่องทางให้แพทย์สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางรายการได้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความจำเป็น เพื่อการเบิกจ่ายค่ายาแบบผู้ป่วยนอก แต่พบว่ามีการนำช่องทางดังกล่าวไปใช้เพื่อสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกับผู้ป่วยทั่วไปจำนวนมากในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งที่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้ ซึ่งเป็นการสร้างภาระทางด้านงบประมาณให้แก่รัฐเกินความจำเป็น

ในเดือนเมษายน 2553 กรมบัญชีกลางจึงได้ขอความร่วมมือให้แพทย์ผู้ทำการรักษาออกหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติพร้อมแสดงเหตุผลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ซึ่งหากไม่แสดงเหตุผลหรือแสดงเหตุผลที่ไม่เหมาะสม กรมบัญชีกลางจะเรียกเงินคืนในทุกกรณี **ทั้งนี้ กรมบัญชีกลางต้องการให้มีการพิจารณาใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อนเสมอ**

จากการตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลได้จัดทำวิธีแสดงเหตุผลที่หลากหลาย และอาจไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ในการแสดงเหตุผล **ซึ่งต้องการเหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดจึงใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้**

กรมบัญชีกลางจึงได้จัดทำแนวทางการแสดงเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) เพื่อประกอบการเบิกจ่ายขึ้น เพื่อให้สถานพยาบาลและแพทย์นำไปใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้คือ

- ก. ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรคให้ชัดเจนลงในเวชระเบียน
- ข. มีรายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถจ่ายยาเหล่านั้นได้ในเวชระเบียน ซึ่งสามารถอธิบายการใช้เหตุผลข้อใดข้อหนึ่งตามข้อ ค. ได้อย่างพอเพียงต่อการประเมินของผู้ตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง
- ค. ระบุนุเหตุผลหลักข้อใดข้อหนึ่งใน 6 ข้อ หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อในเวชระเบียน (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) เหตุผลดังกล่าวประกอบด้วย
  - A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้บัญชียาหลักแห่งชาติ
  - B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้จ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
  - C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการจ่ายนี้ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
  - D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามจ่ายยาในบัญชีอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการจ่ายยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
  - E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
  - F. ผู้ป่วยแสดงความจำเป็นต้องการ (เบิกไม่ได้)

หากมีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ในคำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้อ อาจส่งผลให้สถานพยาบาลถูกเรียกเงินคืนเมื่อมีการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง



## คำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้อ เพื่อให้แสดงเหตุผลประกอบได้อย่างเหมาะสม

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p><b>A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้</b>  <b>ใช้ได้</b> ในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p>เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป แพ้ยา หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยาหลังการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p><b>ข้อพึงปฏิบัติ</b></p> <p>ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่กล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือการแพ้ยา ตามที่กล่าวมาข้างต้น</p>	<p><b>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</b></p> <p><b>A1</b> การใช้เหตุผลในข้อนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาก่อน แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาและไม่สามารถหายารายการอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ทดแทน</p> <p><b>A2</b> การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม ACEI เนื่องจาก “เกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการไอจาก enalapril (ก)” เป็นการ ใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น และหากเกิดขึ้นยังมียาลดความดันเลือดในหมวดอื่นตามบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีกหลายกลุ่ม</p> <p><b>A3</b> การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs เนื่องจาก “ผู้ป่วยมีอาการแสบท้องจากการใช้ ibuprofen (ก)” เป็นการ ใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจป้องกันได้ด้วยการให้ gastro protective agent ร่วมด้วย เช่นomeprazole (ก)</p> <p><b>คำเตือน</b> การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs ให้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ผู้สั่งใช้ยาควรพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จาก HealthTechnology Assessment (Chen 2008) ซึ่งพบว่าการใช้ coxibs ทุกชนิดให้คุณภาพชีวิตที่ติดลบ (QALY loss) เมื่อเทียบกับการใช้ ibuprofen + genericomeprazole ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ทั้งนี้เนื่องจาก coxibs มี excess risk ต่อ ระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง และอันตรายดังกล่าวไม่ขึ้นกับ baseline risk ของโรคหัวใจหรือระยะเวลาในการใช้ยา (BNF 63) หมายความว่า coxibs ทุกชนิดมีคุณสมบัติเป็น prothrombotic agent ซึ่งอาจทำให้เกิด myocardial infarction หรือ stroke ได้กับผู้ที่ใช้ยาแม้ไม่มีประวัติโรคหัวใจหรือเป็นการใช้ยาในระยะสั้น สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบไม่ให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม coxibs บ่อยเกินความจำเป็น</p>

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p><b>B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว</b></p> <p>หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยขนาดยาที่เหมาะสมเป็น ระยะเวลาานานพอที่จะสรุปได้ว่าการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และไม่มียาอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่มกันที่สามารถนำมาใช้ร่วมหรือใช้ทดแทนยาดังกล่าวได้ข้อพึงปฏิบัติต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ระบุผลการรักษาตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่น มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือดก่อนการเปลี่ยนยา</p>	<p><b>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</b></p> <p><b>B1</b> การใช้ยาลดไขมันในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ezetimibe, rosuvastatin และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้อย่างเหมาะสมต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ simvastatin (ก) และ/หรือ atorvastatin (40 mg) (ค) ร่วมกับได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสมมาเป็นระยะเวลาานานพอสมควรแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมายตามหลักฐานทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุผลนี้จะมีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Department of Defense Pharmacoeconomic Center. MTF Formulary Management for Antilipidemic I Drugs (Statins and Adjuncts), 2008) เพื่อป้องกันการถูกเรียกเงินคืนจากกรมบัญชีกลาง สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในหมวดนี้ว่าถูกใช้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ หากมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม สถานพยาบาลควรมาตรการควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า</p> <p><b>B2</b> การใช้ยาควบคุมระดับกลูโคสในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น gliptins และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้อย่างเหมาะสมต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ metformin (ก) และ sulfonylurea เช่น glipizide (ก) หรือ repaglinide (ง) ในผู้ป่วยที่แพ้ sulfonamides และ <math>\alpha</math>-glucosidase inhibitors ได้แก่ acarbose (ค) และ pioglitazone (ง) แล้วแต่ยังคงควบคุมระดับกลูโคสและ HbA1c ไม่ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ</p>
<p><b>C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</b></p> <p>การใช้เหตุผลข้อนี้หมายถึง ผู้ป่วยมีโรค ภาวะ หรืออาการที่</p>	<p><b>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</b></p> <p><b>C1</b> การใช้เหตุผลข้อนี้ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักชาตินั้น เกิดขึ้นได้น้อยมากทั้งนี้ เนื่องจากรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลาและในการใช้ยามักมีทางเลือกอื่น ซึ่งอนุญาตให้มีการใช้ยาบางชนิดที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว เช่น บัญชียารายการยากำพรั้า (ตัวอย่างยา dacarbazine) และกลไกของกรมบัญชีกลางที่ประกาศอนุญาตให้ใช้ยาบางรายการที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้โดยถือเป็น reimbursable indication ของยาที่กรมบัญชีกลางได้</p>

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>ไม่สามารถหาตัวยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้เพื่อรักษาได้ โดยมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งหมายถึงการที่แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ ความจำเป็นทางคลินิกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของยาหลักฐานด้านความปลอดภัยของยา และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย</p>	<p>ประกาศไว้แล้ว (ตัวอย่างยา rituximab ในผู้ป่วย diffuse large-B-cell lymphoma)</p> <p><b>C2</b> การตีความว่าไม่มี coxibs, saw palmetto extract, omega-3 capsule (และกลุ่มยาต่างๆ อีกหลายกลุ่มยา) ให้ใช้ จึงน่าจะเหล่านั่นมาใช้ภายใต้เหตุผลข้อนี้เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยังมียา กลุ่มอื่นๆ ที่เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่นำมารักษาโรค หรืออาการภายใต้ข้อบ่งชี้ของยาเหล่านั้นได้ เช่น NSAIDs ใช้ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ coxibs หรือใช้ <math>\alpha</math>-1-adrenergic antagonists ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ saw palmetto extract และใช้ statins หรือ fibrates ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ omega-3 capsule เป็นต้น</p> <p><b>C3</b> ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยันว่ายา ดังกล่าวมีประสิทธิผลจริงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ตัวอย่างเช่น การสั่งใช้ยาในกลุ่ม antiinflammatory enzymes (เช่น serratiopeptidase) หรือยาละลายเสมหะ (เช่น acetylcysteine) โดยใช้เหตุผลว่าไม่มียาดังกล่าวให้ใช้ เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม</p> <p>เนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยัน ประสิทธิภาพของยาเหล่านี้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ได้บรรจุยาเหล่านี้ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p><b>C4</b> ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความปลอดภัย หมายถึงผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นยาต่อไปนี้ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย การสั่งใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลข้อนี้ จึงเป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cinnarizine และ flunarizine ชักนำให้เกิด parkinsonism</li> <li>• cisapride อาจชักนำให้เกิด QT prolongation และมี drug interaction กับยาหลายชนิดที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเสียจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต</li> <li>• fenoverine ชักนำให้เกิด rhabdomyolysis</li> <li>• muscle relaxants เช่น orphenadrine เป็นยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุตาม Beers Criteria 2012</li> <li>• nimesulide ชักนำให้เกิด fatal hepatotoxicity</li> <li>• short acting calcium channel blockers (เช่น nifedipine/ diltiazem ชนิด</li> </ul>

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	<p>immediate release) เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ใช้ยาดังกล่าว</p> <p><b>C5</b> ควรทราบว่ามียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหลายชนิดที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยและต่อมายุเหล่านั้นได้ถอนการจำหน่ายทั่วโลก โดยที่ยาเหล่านี้เคยเป็นยาที่ถูกสั่งจ่ายบ่อยครั้งแก่ผู้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างยาเหล่านั้นได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gatifloxacin</li> <li>• tegaserod</li> <li>• valdecoxib</li> <li>• rofecoxib</li> <li>• rosiglitazone</li> </ul> <p><b>C6</b> ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหมายถึงผู้สั่งยามีหลักฐานจากงานวิจัยที่ระบุว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่า ได้แก่มีหลักฐานแสดง cost-benefit หรือ cost-effective หรือ cost-utility ที่ระบุว่ายาดังกล่าวมี incremental cost effectiveness ratio (ICER) ต่ำกว่า 1 เท่าของ GDP ของประเทศไทย ได้แก่ไม่เกิน 120,000 บาทต่อ QALY gain (ประมาณ 2,400 ปอนด์หรือ 4,000 ดอลลาร์ ต่อ QALY gain) ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การใช้ bisphosphonate ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการป้องกันกระดูกหักจากโรค osteoporosis แบบปฐมภูมิ (primary prevention) มีหลักฐานจากการศึกษาในประเทศไทยว่าหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 45 ปีการใช้ยาเหล่านี้ จะมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain 1.72 ล้านบาท และหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 80 ปี ก็ยังมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ที่ 1.87 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าการใช้ยากลุ่มนี้ ยังไม่มีความคุ้มค่าตามเกณฑ์มาตรฐานของประเทศไทย จนกระทั่งยามีราคา ลดลงร้อยละ 80 จึงจะเริ่มมีความคุ้มค่ากับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (ธนรรจรัตน์ โชติพานิช และคณะ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2554)</li> <li>• การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ coxibs เทียบกับ NSAIDs</li> </ul>

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	<p>(ibuprofen หรือ diclofenac ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก.) พบว่า มีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ดังนี้ celecoxib (low dose) £68,400; celecoxib (high dose) £151,000; etoricoxib £31,300; meloxicam (low dose) £10,300; meloxicam (high dose) £17,800 <a href="http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1211.pdf">www.hta.ac.uk/fullmono/mon1211.pdf</a> จึงกล่าวได้ว่า celecoxib กับ etoricoxib ต่างไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมอังกฤษ (สหราชอาณาจักรใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าที่ £30,000 ต่อ QALY gain) และอาจอนุมานได้ว่า coxibs ทุกชนิดไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับยาในบัญชี ยาหลักแห่งชาติภายใต้บริบทของสังคมไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การใช้ PPI นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น esomeprazole (20 หรือ 40 mg) ในการรักษาโรค GERD ช่วยให้ผู้ป่วย (808 คน) มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.071 QALM (quality-adjusted life month) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (445 คน) ที่ใช้ PPI ชนิดอื่น หรือ H2 receptor antagonist ด้วยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น \$763 ต่อ QALM gain (Spiegel BM. 2010) หรือคิดเป็น 274,680 บาทต่อ QALY gain ซึ่งเกินกว่าค่าความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทยไปประมาณ 2 เท่าเศษ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ค่า QALM gain 0.071 หน่วย หมายความว่า การใช้ esomeprazole นาน 4 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยโรค GERD มีระยะเวลาที่ปราศจากอาการของโรคได้นานกว่ายาอื่น 2 วัน ด้วยค่ายา 1,076-1,700 บาท (ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้)</p>
<p>D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติร่วมกับยาอื่น (contra-indicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้</p>	<p><b>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</b></p> <p><b>D1</b> ข้อห้ามใช้ ควรเป็น absolute contraindication ไม่ใช่ relative contraindication หรือ precaution ซึ่งมีวิธีการหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอันตรายจากยา</p> <p><b>D2</b> ปัญหาอันตรกิริยา ควรเป็นอันตรกิริยาที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาทั้งสองร่วมกันได้อันหนึ่งในกรณีส่วนใหญ่ปัญหาจากอันตรกิริยาอาจถูกแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือวิธีให้ยา หรือเป็นเพียงข้อควรระวังเพื่อให้แพทย์ติดตามผลของการใช้ยาร่วมกัน อย่างใกล้ชิด</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ข้อมูลข้างต้นควรมีแหล่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลยาฐานใดฐานหนึ่ง หรือคู่มือยาฉบับใดฉบับหนึ่งที่เป็นมาตรฐาน เช่น เอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Summary</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p><b>ข้อห้ามอย่างลึ้มบูรณ์</b> (<i>absolut contraindication</i>) หมายถึง ไม่มีกรณีใดที่การใช้ยาจะมีประโยชน์เหนืออันตรายจากการใช้ในผู้ป่วย ซึ่งการใช้ยาจะนำอันตรายร้ายแรงสู่ผู้ป่วยหรือทารกในครรภ์ หรือทารกที่ดูดนมมารดา</p> <p><b>ข้อห้ามการใช้ยาร่วมกับยาอื่น</b> (<i>contra-indicated/serious/major drug inter-action</i>) หมายถึง ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกันที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในลักษณะที่จัดเป็นข้อห้ามใช้ (contraindicated) หรือถูกระบุว่าเป็นอันตรกิริยาที่มีผลเสียต่อผู้ป่วยขั้นรุนแรง (serious) หรือเป็นอันตรกิริยาระดับรุนแรง (major)</p> <p><b>ข้อพึงปฏิบัติ</b> ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชีหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาแต่ละชนิดได้</p>	<p>of Product Characteristics (SPC), US FD official drug labeling, Micromedex, Lexicomp, Clinical Pharmacology หรือ British National Formulary เป็นต้น</p>
<p><b>E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)</b> การใช้เหตุผลในข้อนี้ หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ให้ผลการรักษาที่เท่ากันหรือดีกว่า หรือมีวิธีบริหารยา</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p><b>E1</b> มีความเป็นไปได้ที่ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติบางชนิดอาจเข้าเกณฑ์ตามความหมายในข้อนี้ เช่น voriconazole ชนิดกินมีราคาสูงกว่า liposomal amphotericin B แต่ยานี้ยังไม่ถูกประกาศเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งความล่าช้าดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากเหตุผลหลายประการ เช่น กำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการฯ กำลังอยู่ในขั้นตอนการต่อรองราคา กำลังอยู่ในขั้นตอนการจัดทำคู่มือการใช้</p>

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>ที่สะดวกกว่า โดยมีราคาถูกกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งยังมีความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างกันหรือดีกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>ราคายาหมายถึงค่าใช้จ่ายต่อ course ของการรักษาหากเป็นการรักษาระยะสั้น หรือคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายต่อวัน หากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>ข้อพึงปฏิบัติ</b></p> <p>หากมีการใช้เหตุผลขออนุมัติกรมบัญชีกลางจะนำข้อมูลแจ้งต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป ดังนั้น แพทย์จึงควรระบุชื่อยาและวิธีให้ยาที่ใช้เปรียบเทียบกับราคาไว้ให้ชัดเจนในเวชระเบียนเช่น ระบุให้ทราบว่า voriconazole ชนิดกิน มีราคาถูกกว่า liposomal amphotericin B ในข้อบ่งชี้เดียวกัน มากกว่า 10 เท่า เป็นต้น</p>	<p>ยา (หากดป็นยาในบัญชี จ2) หรืออยู่ในระหว่างการรอผู้มีอำนาจลงนามในประกาศ เป็นต้น</p> <p><b>E2</b> การพิจารณาว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่านั้น ให้ใช้พื้นฐานราคาของยาชื่อสามัญเป็นหลัก</p> <p><b>E3</b> เหตุผลข้อนี้เป็นไปตามคำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขององค์การอนามัยโลกที่มีใจความโดยย่อว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้ยาตามความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย <b>ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อผู้ป่วยและสังคม</b>”</p> <p>(<a href="http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf">http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf</a>)</p> <p>ดังนั้น การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่มีราคาแพงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรตามข้อ A ถึง D จึงไม่ควรกระทำ เนื่องจากเข้าข่ายการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล</p>
<p><b>F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)</b></p> <p>หมายถึง การที่แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัวบางประการ ที่ต้องการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง</p>	

**ภาคผนวก**  
**(สำนักงานประกันสังคม)**



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

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่ง ในอัตราสี่ร้อยห้าสิบบาท 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 ๑๔ 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 ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปี ในอัตราเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้าย ประกาศฉบับนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายชาติรี บานชื่น)  
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) โรคมายออสทีเนีย 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 F 1๐๐ - F 1๐๔

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

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์  
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน  
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนจะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ( $AdjRW \geq 2$ ) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาจำนวนตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight :  $AdjRW \geq 2$ ) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้ามีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight :  $AdjRW \geq 2$ ) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว



(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๕.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW<๒) และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ คำน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight: (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

๖.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight: AdjRW<๒) ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

๗. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๙. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเองหรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการ ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย 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

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาท

๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจีไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๔) การจีไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto)

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTD หรือ CRTD

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๔.๒ การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ ๔.๑ ให้มีผลเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔.๑ ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม



๔.๓ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

๔.๔ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตน ออกจากสถานพยาบาล

๔.๕ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๑) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการทั้งนี้ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication rate) ในแต่ละหัตถการ

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

(๕) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๔.๖ สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม





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 เงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตน

“ค่ายา” หมายความว่า เงินค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) หรือค่ายาด้านไวรัสเอดส์

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายความว่า สถานพยาบาลที่นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงาน กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการสำนักงานประกันสังคม

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

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง เป็นรายเดือนๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบห้า ของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้ายของเดือน ก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงาน ได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตน โดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวน ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้อง จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสามเดือน นับแต่เดือน ที่มีการจ่ายเงิน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณี โรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี 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 เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑ ที่จ่ายให้ สถานพยาบาล

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

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

งวดที่ ๔ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และนำเงินค่าบริการ ทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๓ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 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 ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาล เป็นรายเดือนไปก่อน และเมื่อได้รับข้อมูลปีที่จ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑ สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนของปีที่จ่าย ด้วยอัตราร้อยละสิบห้าของอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ปีที่จ่ายจริงแล้ว ให้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑

ข้อ ๘ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพท์การให้บริการที่ดี ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนและตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

(ก) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพท์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

(ข) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพท์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่าย (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 ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของเดือน มกราคมถึงเดือนธันวาคม เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์ คงเหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดลงให้แก่ สถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่ายาตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) และประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน กรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

ข้อ ๑๑ ในกรณีสำนักงานได้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๙ ไปแล้ว ต่อมาในภายหลังจากการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน และการคำนวณที่ถูกต้อง พบว่าสำนักงานได้จ่ายเงินเกินกว่าจำนวนเงินซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริง ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการ มอบหมายเป็นผู้พิจารณาปรับปรุงหักลบจำนวนเงินที่ขาดหรือเกินในเดือนถัดจากเดือนที่มีการคิดคำนวณที่ถูกต้อง หรือดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาล หรือจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่สถานพยาบาล พึงจะได้รับจากสำนักงาน

กรณีพบว่าสำนักงานต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ภายในสามสิบวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

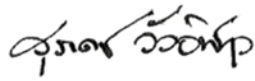
ข้อ ๑๒ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีที่สถานพยาบาลได้ให้บริการ ทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานจ่าย ให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเกินกว่าสองแสน ห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบ ของค่าบริการ ทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล เฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) และให้จ่ายเงิน แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ



ข้อ ๑๓ ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์ออกประกาศแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณีให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนหรือจ่ายเงินค่ายาตามหลักเกณฑ์และอัตราที่มีการแก้ไขปรับปรุงดังกล่าวแล้ว

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานดำเนินการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนวันที่ระเบียบฉบับนี้ใช้บังคับจนครบตามจำนวนที่สำนักงานต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

## 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 หลักฐานการส่งไข้อยู่เวระเทียมและอุปกรณ์ ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เป็นต้นให้ครบถ้วนพร้อมสำเนาแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (File scan) ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเพื่อการตรวจสอบ ในกรณีที่ปรากฏผลการตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์แล้ว ให้ถือว่า การตรวจสอบแล้วเสร็จในครั้งนั้น 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 (๕%) ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกเงินในส่วนที่เกินคืนได้ทันทีพร้อมตัดเดือนสถานพยาบาล หรือหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๒) กรณีตรวจสอบข้อมูลบริการทางการแพทย์พบว่าผลการตรวจสอบข้อมูลมีความผิดพลาดเกินกว่าร้อยละห้า (๕%) 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

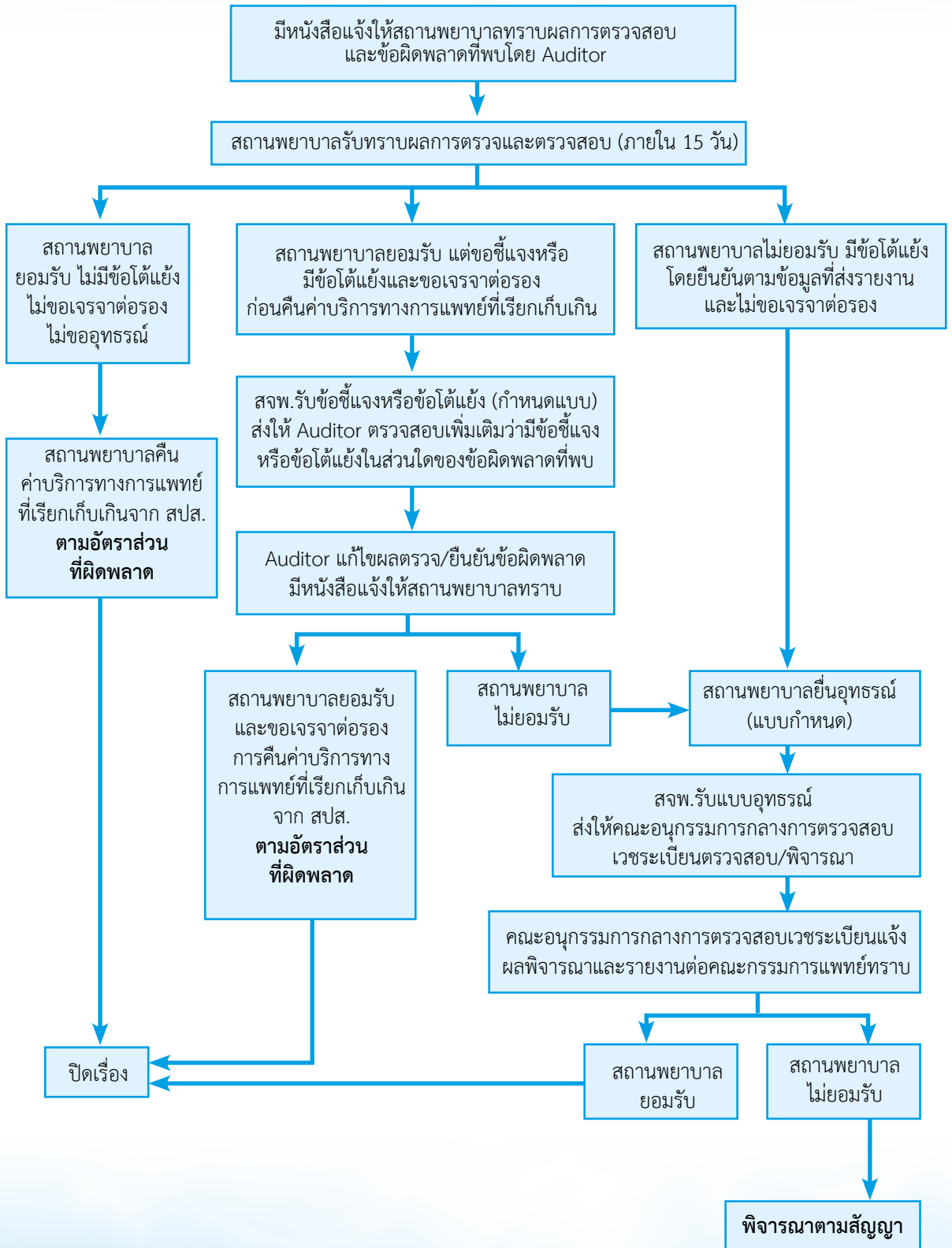
๒.๓ สถานพยาบาลขาดการตรวจสอบยาจนทำให้ยาหมดอายุ

สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้สถานพยาบาลรับผิดชอบค่ายาดังกล่าวเป็นเงินตามมูลค่ายา ณ วันที่แจ้ง หากสถานพยาบาลไม่คืนเงินภายในกำหนด สำนักงานประกันสังคมจะคิดค่าปรับไม่เกินร้อยละสิบห้า (๑๕%) เพิ่มเติมจากมูลค่ายานับจากวันที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้จ่ายเงินคืน จนถึงวันที่สถานพยาบาลจ่ายเงินคืน

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

ทั้งนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

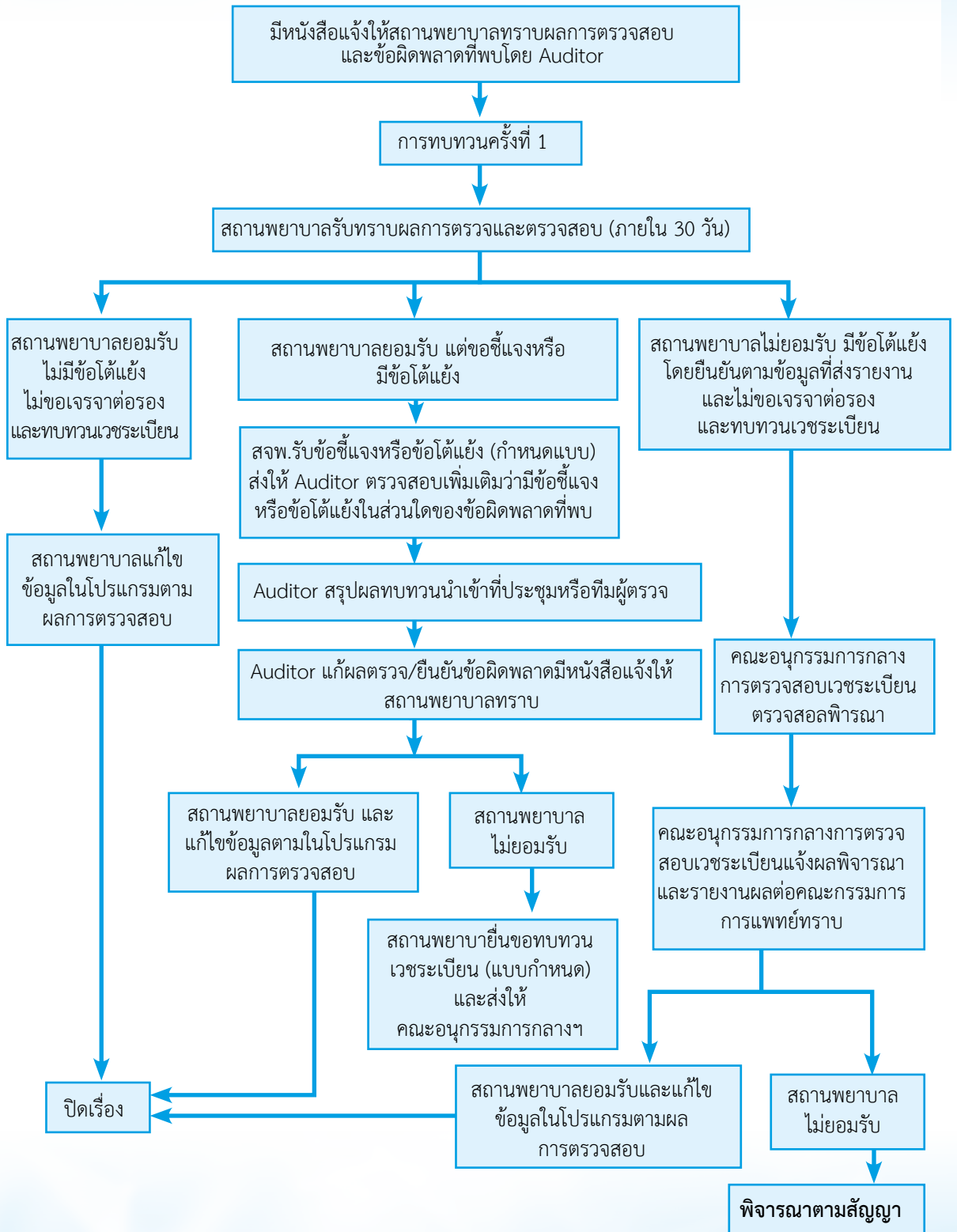
## Flowchart กระบวนการการเจรจาต่อรองและการอุทธรณ์ Audit ของสำนักงานประกันสังคม (กรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง)



ภาคผนวก - สปส.



## Flowchart กระบวนการการเจรจาต่อรองและการขอกบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานประกันสังคม (กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง)



**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

.....

## 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) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ได้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเชื้อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

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

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

## หมวด ๓

### พนักงานเจ้าหน้าที่

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

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจยึด หรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

## หมวด ๔

### การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการ สาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครื่องข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา ๕๘ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๕๗ ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

(๒) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขานุการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษา และบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(๓) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๕๙ ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน และให้นำความในมาตรา ๕๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้เลขาธิการแจ้งให้ผูกร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่มผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติตามต่อผูกร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผูกร้องเรียน

(๒) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผูกร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืนและในกรณีที่ไม่มีการปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา ๕๘ (๒) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๖๐ ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา ๕๘ หรือมาตรา ๕๙ เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดขึ้นหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

(๒) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(๓) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

(๔) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา ๖๑ ผูกร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด



หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่ คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๒ เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา ๖๑ ผลเป็นประการใดแล้ว ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อทราบ

#### หมวด ๕ บทกำหนดโทษ

---

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

มาตรา ๖๔ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๕๕ วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

.....

## สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย

กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจรรยา

พ.ศ. ๒๕๕๒

โดยที่สมควรกำหนด หลักเกณฑ์การหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจรรยา เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) และมาตรา ๒๖ (๖) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ให้ออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจรรยา พ.ศ. ๒๕๕๒”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย

“เอกสารหลักฐาน” หมายความว่า เวชระเบียน หรือพยานหลักฐาน หรือข้อมูลอื่นใดที่หน่วยบริการใช้เป็นหลักฐานเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน หรือที่สำนักงานใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน จัดทำเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการเบิกค่าใช้จ่าย ให้สำนักงานสามารถตรวจสอบได้

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖/ตอนพิเศษ ๙๑ ง/หน้า ๑๔/๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๒

ข้อ ๕ เมื่อหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน ให้สำนักงานตรวจเอกสารหลักฐานและจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น

ข้อ ๖ ถ้าสำนักงานตรวจสอบพบในภายหลังว่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาดคลาดเคลื่อน จะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนก็ได้ ดังนี้

(๑) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนให้สำนักงานแนะนำเพื่อให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานตามสิทธิที่หน่วยบริการพึงได้รับ

(๒) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยผิดพลาดอันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการ ให้สำนักงานเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที

(๓) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงไม่ว่าจะเป็นกรณีการสรุปโรคมามากเกินหลักฐานในเวชระเบียน หรือสรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินควรแก่กรณี ให้สำนักงานเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืนตาม (๒)

ข้อ ๗ ในการตรวจสอบของสำนักงานตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบในระดับจังหวัด หรือระดับเขตพื้นที่ หรือระดับสำนักงาน เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายได้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๘ ให้สำนักงานแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย จำนวนไม่เกินเจ็ดคนเพื่อทำหน้าที่พิจารณาว่าจะหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหรือไม่ หากหักค่าใช้จ่ายจะหักเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ หากเป็นกรณีจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง คณะอนุกรรมการมีอำนาจสั่งให้ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นใดที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ก่อนก็ได้ ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๙ ภายในสามปีนับแต่วันที่ได้มีคำสั่งหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการใดครั้ง หลังสุดถ้าหน่วยบริการนั้นยังมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงซ้ำอีก ให้คณะอนุกรรมการมีอำนาจหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นเสมือนค่าปรับได้อีกด้วย

การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นจำนวนเท่าใด ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระดับความร้ายแรงหรือพฤติการณ์แห่งการกระทำในแต่ละครั้งเป็นเกณฑ์ แต่ต้องไม่เกินสิบเท่า

ของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น และไม่เกินหนึ่งแสนบาท

การเรียกเงินคืนหรือการหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจดำเนินการด้วยวิธีหักค่าใช้จ่ายจากเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงานก็ได้

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับคำสั่งให้คืนเงินตามข้อ ๖ (๒) ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

หลักเกณฑ์ วิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง อนุโลมใช้ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดในมาตรา ๖๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

ข้อ ๑๑ เงินที่ได้รับจากการเรียกคืนหรือหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ เป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของสำนักงานจะจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามระบบปกติและอาจใช้ในการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการและระบบการตรวจสอบหน่วยบริการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อ ๑๒ การตรวจสอบและการหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ ให้เริ่มใช้กับเอกสารหลักฐานของผู้มีสิทธิที่ได้รับบริการจนสิ้นสุดการรักษาและถูกจำหน่ายออกจากหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ข้อบังคับนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป

ข้อ ๑๓ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการและมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒  
วิทยา แก้วภราดัย

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 เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้ายสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานตามอัตรารักษาพยาบาลของสถานบริการหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

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

ข้อ ๘ สถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีหน้าที่แจ้งการเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบทันทีหรือโดยเร็วภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้ป่วย โดยให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้ป่วยและให้สถานบริการนั้น มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยนอก มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน ๗๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๔,๕๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ข) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกินสองชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๘,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่าสองชั่วโมงหรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๑๔,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(๓) ค่ารถพยาบาล หรือเรือพยาบาลนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบจะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณนั้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราค่าใช้จ่ายใน (๑) - (๓) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ข้อ ๙ กรณีที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยตามข้อ ๘ วรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นต้นไป และสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการนั้น หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน ซึ่งสำนักงานจะจ่ายจากเงินกองทุน แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการหรือจากสำนักงาน ให้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการได้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้น 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

## ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๕๗

ด้วยพระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ออกประกาศจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๙ วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘ (๔) มาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จึงกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับตามข้อ ๑ (๑๐) ข้อ ๒ (๒) และข้อ ๔ ของประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ หรือตามประกาศดังกล่าวในปีงบประมาณต่อ ๆ ไป ให้นำเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรายการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ให้นำเข้าสมทบเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕



ข้อ ๒ รายการค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ตามพระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๕๖

เงินค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งของแต่ละปี หากมีเงินเหลือจ่ายให้นำไปสมทบเป็นเงินค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณถัดไป แต่หากไม่เพียงพอให้ค้างจ่ายหน่วยบริการไว้หรือเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสำรองจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของรายการอื่นไปพลางก่อน และให้ขอรับค่าใช้จ่ายทดแทนและเพิ่มเติมจากคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณถัดไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการจากเงินค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด โดยอ้างอิงหรือเทียบเคียงกับ กฎ ระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เว้นแต่กรณีเฉพาะหรือกรณีจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดเพิ่มเติมได้

ข้อ ๔ ในแต่ละปีให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันค่าใช้จ่ายที่ได้รับตามข้อ ๑ จำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่ได้รับแต่ละงวดไว้ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการซึ่งเป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘ (๗) และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ค่าใช้จ่ายที่กันไว้ตามวรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการของหน่วยบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแก่พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวด้วย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘ (๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕



ข้อ ๕ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ และการคุ้มครองสิทธิ สำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๖ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

ประดิษฐ สินธวณรงค์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

### และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามระบบ National Clearing House

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

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

### แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ

#### 1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. 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

ให้สถานพยาบาลที่มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ในกรณีผู้ป่วยใน ทุกกรณี หากไม่พบข้อมูลในฐานผู้มีสิทธิ ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ โดยนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

#### 3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้ทันที โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง

#### 4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวนโหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมสำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนี้

4.4.1) ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA ([www.mra.or.th/ocpa](http://www.mra.or.th/ocpa))

4.4.2) ยารักษาผู้ป่วยโรครุนแรง และโรคสะกดเงินโดยรายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยาโรคข้อ RDPDA/DDPA ([www.mra.or.th/rdpa](http://www.mra.or.th/rdpa))

4.4) โปรแกรม DMIS-HD ของ สปสช. สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

#### 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 สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier reimbursement schedule: ORS) เพื่อขอรับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมต่อไป

##### 3) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ค้ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวก

ความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย 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 ให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่ายากลับบ้านแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวิธโรค ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่ส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

#### 5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

5.1) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดในระบบ OCPA ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ [www.mra.or.th/ocpa](http://www.mra.or.th/ocpa) หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนดรายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

5.2) ยารักษาโรคมะเร็ง และยารักษาโรคโลหิตวิทยา ที่อยู่นอกระบบ OCPA กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมิให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรง ส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

5.3) รายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยา แล้วแต่กรณี มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป จนกว่ากรมบัญชีกลางจะมีการเปลี่ยนแปลง

5.4) ยานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง ให้แจ้งรายละเอียดชื่อรายการยา และระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธินำยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายา ดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายการณี

กรณีรายการยาที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้รายการที่มีให้เบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายการณี

**หมายเหตุ** การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

**6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะกดเงิน ชนิดรุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก** ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) โดยการรายงานให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่าย และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ RDPA เพื่อขออนุมัติเบิกจ่าย หรือขอต่ออายุการเบิกจ่าย หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ [www.mra.or.th/rdpa](http://www.mra.or.th/rdpa) หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนดรายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะกดเงินและโรคสะกดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดสถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาล เพื่อขออนุมัติการเบิกจ่าย และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ RDPA เพื่อขออนุมัติเบิกจ่าย หรือขอต่ออายุการเบิกจ่าย หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ [www.mra.or.th/rdpa](http://www.mra.or.th/rdpa) หรือ ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนดรายละเอียดรายการยาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด



6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมีให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้นายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

#### 7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ (2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

#### 8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกจ่ายแยกต่างหากจาก DRGs ได้

8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาล แต่ละแห่ง

## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ แบบรวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## รายชื่อผู้ร่วมจัดทำ แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2563

### กรมบัญชีกลาง

1. นางน้ำฝน	ทศพลด้าเกิง	กองสวัสดิการรักษายาบาล
2. นางสาวสุจิตรา	นภาคณาพร	กองสวัสดิการรักษายาบาล
3. นางรวีพรรณ	อินทมาตร์	กองสวัสดิการรักษายาบาล
4. นางสาววิไลวรรณ	ดาราศร	กองสวัสดิการรักษายาบาล

### สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1. แพทย์หญิงสาวิตรี	เมหาพีกุลไพโรจน์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข
2. แพทย์หญิงพรชพร	เจริญสกุลวงศ์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข
3. นางสาวนิรามัย	ใช้เทียมวงศ์	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข
4. นางสาวเรณู	รวยรีน	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข
5. นางสาวนงคราญ	ตาตะคำ	สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข

### สำนักงานประกันสังคม

1. นายแพทย์ประพันธ์	ปลื้มภาณุภัทร	แพทย์ที่ปรึกษา โครงการ สปส.
2. นายแพทย์เสรี	ศรีสันต์	แพทย์ที่ปรึกษา โครงการ สปส.
3. นางปรีศนา	จันทวงศ์	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
4. นางสาวณัฐชญา	ภูเงิน	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
5. นางสาวพรพรรณ	เกษมสรवल	สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

## สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แพทย์หญิงกฤติยา	ศรีประเสริฐ	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
2. นายแพทย์วรชัย	อึ้งภินันท์	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
3. แพทย์หญิงรัชนิศ	พรวิภาวี	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
4. นางสาวรุ่งจิต	ลีลามวงศา	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
5. นางภัทรา	อเนกวิทยากิจ	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
6. นายณัฐพงศ์	อนุวัตรรยรง	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
7. นางภณิดา	กลีนพิพัฒน์	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
8. นางสุมลรัตน์	ดอกเขียว	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
9. นางสาวภิญญดา	เอกพจน์	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
10. นางวาสนา	จันทร์พินิจ	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
11. นางสาวสุมณฑา	โสภภาพันธุ์	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
12. นางสาวณิฉัชชา	แบ่งสาย	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
13. นางสาวมาลีรัตน์	งามจิตต์เอื้อ	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
14. นางสาวสุรรัตน์	อุทธิยา	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
15. นายปราโมทย์	วงศ์ประसार	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
16. นางสาวปรียาภรณ์	มณีแดง	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ



รายชื่อผู้ร่วมให้ข้อเสนอแนะ  
สำหรับการพัฒนาแนวทางการตรวจสอบเอกสาร  
หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุนปี 2563  
วันที่ 16 กรกฎาคม 2563

- |                       |              |  |
|-----------------------|--------------|--|
| 1. นายแพทย์เมธ        | โชคชัยชาญ    | สมาคมโรงพยาบาลเอกชน                    |
| 2. นางสาวปทิตตา       | ดีระเมธี     | ผู้แทนชมรม รพ. เอกชน                   |
| 3. นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ | มัศยาอานนท์  | โรงพยาบาลรามาริบัติ                    |
| 4. นาวาเอกจตุรงค์     | ตันติมงคลสุข | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า            |
| 5. นายแพทย์บริรักษ์   | เจริญศิลป์   | โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์              |
| 6. แพทย์หญิงธีรณัฐ    | คงสวัสดิ์    | โรงพยาบาลสระบุรี                       |
| 7. แพทย์หญิงปรียานุช  | อันอติเรกกุล | โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า                  |
| 8. แพทย์หญิงเพียงใจ   | ลวกุล        | โรงพยาบาลมหาสารคาม                     |
| 9. นายแพทย์ณัฐพล      | วงศ์วิวัฒน์  | โรงพยาบาลบางละมุง                      |
| 10. แพทย์หญิงรุ่งใจ   | เจริญศิลป์   | โรงพยาบาลปรีณซ์ปากน้ำโพ                |
| 11. นางสาวพัชรี       | คุณนิมิตร    | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 12. นางจารุณี         | มานุจำ       | โรงพยาบาลจอมพระ                        |
| 13. นางพิมพ์พา        | ชินรุ่งโรจน์ | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3                   |
| 14. นางยุพิน          | มีอินทร์     | โรงพยาบาลบางละมุง                      |

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
อาคารรวมหน่วยงานราชการ 120 หมู่ 3 ถนน แจ้งวัฒนะ  
แขวง ทุ่งสองห้อง เขต หลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210