



อนาคตมุ่งเป็น
องค์กรที่โปร่งใส
ยึดถือธรรมาภิบาล
บูรณาการทำงาน
จัดการเป็นทีม

Future Focus
Integrity
Readiness to learn
System Approach
Teamwork

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) Health Systems Research Institute (HSRI)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2832 9200 โทรสาร : 0-2832 9201

4th Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon 14 Road, Muang District, Nonthaburi 11000 Thailand

Tel. +66 2832 9200 Fax: +66 2832 9201 Website : www.hsri.or.th E-mail : hsri@hsri.or.th

ที่ สวรส. 04.1/0061

5 เมษายน 2561

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงรูปแบบและโครงสร้างการส่งข้อมูลเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการ

เรียน ผู้อำนวยการสถานของพยาบาลทางราชการ

อ้างถึง หนังสือเลขที่ กค 0416.4/ว 143 ลว. 19 มีนาคม 2561

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงสร้างและรูปแบบข้อมูลผู้ป่วยนอกสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ

ตามที่กรมบัญชีกลางได้มอบหมายให้สำนักการसनเทศบริการสุขภาพ (สภส.) ส่วนงานมาตรฐานและการบริการการसनเทศระบบบริการสาธารณสุข(สมสส.) เป็นหน่วยงานที่รับส่งข้อมูลเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกจ่ายตามรายการที่ สภส.กำหนดรายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึงนั้น

ในการนี้ สภส. ได้กำหนดโครงสร้างและรูปแบบข้อมูลผู้ป่วยนอกสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยสถานพยาบาลสามารถส่งข้อมูลในรูปแบบและโครงสร้างใหม่ได้ตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2561 และผ่อนผันให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2561

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นายสุเมธี เขยประเสริฐ)

ผู้จัดการส่วนงานมาตรฐานและการบริการการसनเทศ
ระบบบริการสาธารณสุข

ส่วนงานมาตรฐานและการบริการการसनเทศระบบบริการสาธารณสุข

สำนักการसनเทศบริการสุขภาพ

ผู้ประสานงาน นายวิทยา ทาทอง

โทร 02-298-0405-8 ต่อ 115

โทรสาร 02-2980409

โครงสร้างและรูปแบบของข้อมูลผู้ป่วยนอก ในสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ

โครงสร้างและรูปแบบของข้อมูลผู้ป่วยนอกในเอกสารชุดนี้ เป็นเอกสารทางเทคนิคสำหรับใช้จัดทำข้อมูลผู้ป่วยนอกส่งกรมบัญชีกลาง ซึ่งใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับคำนวณอัตราเบิกจ่าย ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ข้อมูลจะใช้กับบริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมตั้งแต่ วันที่ 4 พฤษภาคม 2561 เป็นต้นไป

เอกสารนี้เป็นแนวคู่มือทางเทคนิคให้รายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการ เพื่อดึงข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลที่ทำงานและบันทึกข้อมูลการให้บริการที่มีอยู่แล้ว จัดเตรียมเป็นข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อส่งให้หน่วยตรวจรับข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม เอกสารนี้เหมาะกับผู้ที่ทำงานด้าน IT ระบบบริการร่วมกับฝ่ายบริหารงานเบิกจ่ายของสถานพยาบาล ทั้งเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและความหมายของข้อมูลที่ต้องการ และใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้

+++ เป็นครั้งแรกที่โครงสร้างฯ นี้จะเป็นโครงสร้างเดียวกันกับที่สิทธิประกันสังคม
จะใช้ด้วย ลดภาระสถานพยาบาลที่ต้องทำข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละระบบ +++

โครงสร้างฯ นี้ขยายจากข้อมูลเบิกผู้ป่วยนอกสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการที่ส่งให้กับสำนักกลางสารสนเทศบริการสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2554 สถานพยาบาลที่หาระบบเบิกสวัสดิการฯ อยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเรียนรูระบบใหม่ทั้งหมด สามารถต่อเติมจากระบบปัจจุบันได้

แฟ้มข้อมูลหลัก

แฟ้มข้อมูลธุรกรรมผู้ป่วยนอก นี้ ครอบคลุมระบบบริการที่ให้ข้อมูลสำคัญและสถานพยาบาลมีระบบสารสนเทศจัดเก็บข้อมูลได้เป็นส่วนใหญ่ 2 ชุดแรกคือชุดการเงินและ ยา ขยายจากระบบ OP ของสวัสดิการข้าราชการฯ และเพิ่มชุดการตรวจรักษา เป็นชุดที่ 3 ใน version นี้ ข้อมูลและสารสนเทศทางการตรวจรักษาที่มีความสำคัญอื่น แต่ยังไม่ขาดโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานรองรับ เช่นระบบ lab, รังสีวินิจฉัย, การรายงานผล และบันทึกการรักษา ยังไม่พร้อมสำหรับ version นี้

ต่อไปนี้เป็นโครงสร้างของชุดข้อมูลธุรกรรม ที่แสดงเป็นภาพรวมทั้ง 3 ชุด สำหรับรายละเอียดของข้อมูลแต่ละ data element ในแต่ละแฟ้มจะเสนอเป็นรายละเอียดในส่วนถัดไป

ประเภทแฟ้ม	เป็นแฟ้ม Text file ข้อความใช้ encoding ISO-8859-11, Windows-874 หรือ TIS-620 (ไม่ใช่ UTF8 encoding) ตามข้อกำหนดของมาตรฐาน xml ได้กำหนดให้ประกาศ <?xml version="1.0" encoding="windows-874"?> ไว้ที่บรรทัดแรกของข้อมูล
เนื้อหาข้อมูล	บันทึกข้อมูลในรูปแบบ XML โดยกำหนด attributes ที่ใช้จากระบบเบิกของระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องไว้ใน <ClaimRec> ซึ่งเป็น root element <ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.93"> ภายใน <ClaimRec> ประกอบด้วยเนื้อหาส่วนต่างคือ ส่วน file header: ให้ข้อมูลหน่วยงาน เวลา ประเภท จำนวน ของชุดธุรกรรมของแฟ้ม transactions: แสดงละเอียดเฉพาะของธุรกรรมแต่ละรายการ และผลสรุปของ ส่วนย่อยขององค์ประกอบของธุรกรรมนั้นๆ transaction detail: รายการย่อยต่างๆ ของแต่ละ transaction
ส่วนตรวจกำกับ	มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็น xml declaration <?xml version="1.0" encoding="windows-874"?> กรณีที่แฟ้มข้อมูลขาดข้อความนี้ ระบบตรวจจะสมมติ แนวทางของประกาศนี้มาใช้ ส่วนที่ 2 เป็น processing instruction <?EndNote Checksum = "MD5HashValue"?> เขียนต่อท้ายของแฟ้มข้อมูล ต่อจาก </ClaimRec> MD5HashValue ได้จากการนำ เนื้อหาตั้งแต่ <?xml version ... ถึง &eol หลัง </ClaimRec> มาทำ MD5 digest แล้ว แปลงค่า MD5 16 byte เป็น hex-binary string 32 ตัวอักษร แทน "MD5Hash Value" checksum นี้จะถูกนำมาใช้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแฟ้มที่ส่งมา

เนื่องจากรายละเอียดที่ต้องแสดง เป็นรายละเอียดทางเทคนิค จำเป็นต้องแจ้งไว้ชัดเจนและอาจมีตัวอย่างประกอบด้วย ทำให้เอกสารมีความยาวมาก เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเห็นภาพรวมของส่วนต่างๆ ในเอกสาร จึงแสดงสารบัญในลักษณะผังมอ้อย่างย่อไว้ที่นี้ก่อนดังนี้

1. แบบโครงสร้างของแฟ้มข้อมูลหลัก
 - 1.1 BillTran
 - 1.2 BillDisp
 - 1.3 OPServices
2. การเตรียมการส่งข้อมูล
3. การตอบรับเบื้องต้น
4. รหัส format และ required: ความหมายและคำอธิบาย
5. Format และคำอธิบาย data element ในส่วน <header> ของแต่ละชุดธุรกรรม
6. ชุดธุรกรรมการเงิน Billtran:
 - 6.1 Billtran
 - 6.2 BillItems
7. ชุดธุรกรรมยาBillDisp:
 - 7.1 Dispensing
 - 7.2 DispensItems
8. ชุดธุรกรรมตรวจรักษาผู้ป่วยนอก OPServices:
 - 8.1 OPServices
 - 8.2 OPDx

1. แบบโครงสร้างของแฟ้มข้อมูลหลัก

1.1 โครงสร้างและรูปแบบของแฟ้ม BILLTRAN<YYYYMMDD>.TXT

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?>
<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.93">
<Header>
<HCODE>HospCode</HCODE>
<HNAME>HospName</HNAME>
<DATETIME>GenDT</DATETIME>
<SESSNO>SessionId</SESSNO>
<RECCOUNT>RecordCount</RECCOUNT>
</Header>
<BILLTRAN>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol}
</BILLTRAN>
<BillItems>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13&eol}
</BillItems>
</ClaimRec>
<?EndNote Checksum="MD5HashValue"?>
```

1.2 โครงสร้างและรูปแบบของแฟ้ม BILLDISP<YYYYMMDD>.TXT

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?>
<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.93">
<Header>
<HCODE>HospCode</HCODE>
<HNAME>HospName</HNAME>
<DATETIME>GenDT</DATETIME>
<SESSNO>Session Id</SESSNO>
<RECCOUNT>RecordCount</RECCOUNT>
</Header>
<Dispensing>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18&eol}
</Dispensing>
<DispensedItems>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19&eol}
</DispensedItems>
</ClaimRec>
<?EndNote Checksum="MD5HashValue"?>
```

1.3 โครงสร้างและรูปแบบของแฟ้ม OPServices<YYYYMMDD>.TXT

```
<?xml version="1.0" encoding="windows-874"?>
<ClaimRec System="OP" PayPlan="CS" Version="0.93">
<Header>
<HCODE>HospCode</HCODE>
<HNAME>HospName</HNAME>
<DATETIME>GenDT</DATETIME>
<SESSNO>Session Id</SESSNO>
<RECCOUNT>RecordCount</RECCOUNT>
</Header>
<OPServices>
1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19|20|21|22&eol
{1|2|3|4|5|6|7|8|9|10|11|12|13|14|15|16|17|18|19|20|21|22&eol}
</OPServices>
<OPDx>
1|2|3|4|5|6&eol
{1|2|3|4|5|6&eol}
</OPDx>
</ClaimRec>
<?EndNote Checksum="MD5HashValue"?>
```

คำอธิบายสัญลักษณ์พิเศษ

&eol	end-of-line เป็นตัวจบรายการ(record) เป็นตัวอักษร 2 ตัวที่มีค่า ASCII = hex 0D,0A (dec 13, 10) หรือ 1 ตัว = hex 0A (dec 10) โปรดสังเกตว่าในตัวอย่าง &eol เป็นสัญลักษณ์บอกกว่าที่ตัวจบรายการอยู่ ไม่ใช่บันทึกข้อมูลเป็น "&eol"
" "	เป็นสัญลักษณ์คั่นระหว่างแต่ละ data element ใช้ตัวอักษร " " (vertical bar) ASCII = hex 7C (dec 124). data element สุดท้าย ห้ามต่อด้วย " " ให้จบด้วย &eol เท่านั้น
{1-<n>}	data element ต่างๆ, เลขที่แสดงนี้ตรงกับลำดับในตารางอธิบาย data element ของ แต่ละแฟ้มข้อมูล
{ }	หมายถึง การมีจำนวนธุรกรรมนั้นๆ มากกว่า 1 ธุรกรรมได้

2. การเตรียมและการส่งข้อมูล

สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลรายละเอียดธุรกรรมแต่เพิ่มเป็น text file จำนวน 3 แฟ้ม โดยใช้ชื่อแฟ้มที่กำหนดตามด้วยปีเดือนวัน ซึ่งใน version นี้ได้แก่

BILLTRAN<YYYYMMDD>.TXT

BILLDISP<YYYYMMDD>.TXT

OPServices<YYYYMMDD>.TXT

ตัวอักษรชื่อแฟ้ม จะใช้ upper case หรือ lower case ก็ได้

ส่วนของ <YYYYMMDD> ระบุวันที่จัดทำธุรกรรม ใช้กำกับขอบเขตของวันทำการธุรกรรมในแฟ้มว่า เป็นวันก่อนหน้าหรือวันเดียวกันกับวันที่

YYYY = ปี เป็นคริสต์ศักราช

MM = เลขเดือน เดือนที่ 1 – 9 มี 0 นำหน้า

DD = เลขวันที่ 1 – 28|29|30|31 วันที่ 1 – 9 มี 0 นำหน้า

นำ 3 แฟ้มข้างต้นบรรจุใน zip file เป็น 1 zip ส่งทาง E-mail ไปที่ csdc@uc.chi.or.th ประเภท file ต้องเป็น zip เท่านั้น (ไม่รับ .rar หรือ .7z) ชื่อของ zip file กำหนดเป็น 5 ส่วน คั่นด้วย "_" (underscore) ดังนี้

รหัสสถานพยาบาล: 5 หลักตามทะเบียนสถานพยาบาล

ระบบเบิก: ในที่นี้ระบุเป็น "CSOPBIL"

งวดส่ง: เป็นตัวเลข 4 หลัก

รหัสย่อยของงวดส่ง: เป็นตัวเลข 2 หลัก ใช้ประโยชน์จัดแบ่งหน่วยที่ส่งข้อมูลของสถานพยาบาลได้

วัน-เวลาที่จัดทำ: บันทึกเป็น YYYYMMDD-HHMMSS ส่วนนี้มักจะได้มาจากโปรแกรม

computer ที่ทำ zip file ให้วันที่เวลามาใช้ตั้งชื่อ

ตัวอย่าง: โรงพยาบาล ตัวอย่าง รหัส 00001 ส่งงวด 1001 โดยหน่วยเบิกย่อย 01 จัดทำข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 เวลา 12.00 น. ให้ ตั้งชื่อแฟ้มเป็น "00001_CSOPBIL_1001_01_20180101-120000.zip"

3. การตอบรับเบื้องต้น

สกส.แจ้งผลการตรวจเบื้องต้นแก่สถานพยาบาลเป็น email ทันทีที่ได้รับ หากสถานพยาบาลไม่ได้รับผลตอบรับเบื้องต้นภายใน 10 นาที แสดงว่าการรับส่งมีปัญหา ให้สถานพยาบาลติดต่อ สกส หรือลองส่งใหม่อีกครั้ง

นอกจากนี้ สกส จะไม่ตอบงวดส่งที่ตั้งชื่อแฟ้ม zip ที่แนบผิด format ที่กำหนด ทั้งนี้เพราะระบบตอบรับเลือกไม่ตอบ email แปลกปลอมจาก spam ที่อ้างรหัสผู้ส่งของสถานพยาบาล จึงทำให้ email จากสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ spam แต่ตั้งชื่อแฟ้มผิด พอลอยไม่ได้ผลการตอบรับ(ปฏิเสธ)เบื้องต้นนี้ไปด้วย

4. รหัส format และ required: ความหมายและคำอธิบาย

ตารางแต่ละตารางจะมี column format ใช้แสดงรหัสของรูปแบบที่ใช้กับ data element แต่ละตัว data format นี้มีความสำคัญเพราะสถานพยาบาลจะต้องใช้โปรแกรม export/extract ข้อมูลการทำงาน/ธุรกรรมจากระบบสารสนเทศของพยาบาลออกมาให้ถูกต้องตามรูปแบบนี้ และ สกส ก็ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับตามรูปแบบที่กำหนดนี้เช่นกัน

สำหรับ column required เป็นรหัสที่แสดงถึงกำหนดการใช้งานของแต่ละ data element ว่า

1. ต้องมีข้อมูลส่ง หรือไม่ต้องส่ง หรือเป็นตัวเลือกที่จะส่งหรือไม่ก็ได้
2. และบอกถึงระยะเวลาที่ต้อง/ไม่ต้องส่ง ของข้อ 1. เป็นสองระยะ คือระยะแรกที่ประกาศ และระยะต่อไปเมื่อมีการพัฒนาให้มาตรฐานมารองรับแล้ว

ตารางข้อกำหนดของรูปแบบข้อมูลต่างๆ และคำอธิบายโดยย่อ

รูปแบบ	ข้อกำหนด
HC1	รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก ตามสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) (ยกเว้นที่ สนย. ไม่ได้กำหนดไว้จะมีการแจ้งเป็นกรณีเฉพาะ)
ID1	<= 9 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9 A...Z - /
ID2	13 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9
ID3	>= 9 หลัก แต่ละหลักรับ 0...9 A...Z - /
IN1	เลขจำนวนเต็ม (Integer) ระหว่าง 0...99999999 กรณีไม่มีข้อมูลใส่ 0 (ศูนย์) ไม่ใช่เครื่องหมาย "," ขึ้นในจำนวน
DT1	Date: แสดงวันที่ ใช้รูปแบบวันที่จากปฏิทินสากลตามมาตรฐาน ISO 8601 เป็น YYYY-MM-DD YYYY = ปี เป็นปีคริสต์ศักราช แทนด้วยเลข 0000...9999 MM = เดือน, แทนด้วยเลข 01...12, เดือนที่ 1...9 ต้องมี 0 นำหน้า DD = วันที่, แทนด้วยเลข 1...28 29 30 31, วันที่ 1...9 ต้องมี 0 นำหน้า
DT2	Time: แสดงเวลา ใช้รูปแบบเวลาตามมาตรฐาน ISO 8601 เป็น HH:mm:ss HH = ชั่วโมง, แทนด้วยเลข 00...23, ชั่วโมงที่ 0...9 ต้องมี 0 นำหน้า mm = นาที, แทนด้วยเลข 00...59, นาทีที่ 0...9 ต้องมี 0 นำหน้า ss = วินาที, แทนด้วยเลข 00...59, วินาทีที่ 0...9 ต้องมี 0 นำหน้า 1 วินาทีหลังเวลา 23:59:59 = เวลา 00:00:00 ของวันถัดไป
DT3	Date time: แสดงวันที่และเวลาที่ใช้รูปแบบวันที่จากปฏิทินสากล+เวลาตามมาตรฐาน ISO 8601 โดยใช้ "T" คั่นระหว่าง DT1 กับ DT2 มีรูปแบบเป็น [YYYY-MM-DD]T[HH:mm:ss] 1 วินาทีหลังเวลา 23:59:59 = เวลา 00:00:00 ของวันถัดไป ทั้งนี้ สัญลักษณ์ [] ล้อมวันที่และเวลาเพื่อแยก T ที่ค้นได้ขีด ไม่ใช่ [] ในเนื้อข้อมูล
DP1	Period: แสดงระยะเวลาที่จะใช้กับชุดข้อมูลใดชุดหนึ่ง รูปแบบเป็น nnnA nnn ตัวเลขแสดงจำนวนนับของหน่วยระยะเวลา ไม่เกิน 3 หลัก A หน่วยของระยะเวลา D=วัน, W=สัปดาห์(7D), M=เดือน(4W หรือ 28D หรือ 30D) กรณีไม่มีข้อมูล ให้เว้นว่างไว้ เลขแสดงระยะเวลาเป็นเลขเต็ม และใช้หน่วยระยะเวลาเพียงหน่วยเดียวเท่านั้น หากระยะเวลามีเศษกับหน่วยที่ใช้ ให้ปัดเศษขึ้น หรือ ลง หรือเปลี่ยนใช้หน่วยอื่นตามความเหมาะสม
CR1	จำนวนเงิน หน่วยเป็นบาท format: [M][N][N][N][N][N].NN ; M=0...9 -, N=0...9 (ไม่มี , คั่นหลักพันและหลักล้าน จำนวนเงินที่เป็นลบให้ใส่เครื่องหมายลบ (-) ที่หลักแรกทางซ้ายมือ) เดิม .00 ต่อท้ายกรณีที่ป็นจำนวนเงินบาทถ้วน กรณีไม่มีให้ใส่ 0.00
DR1	รหัสผู้ให้บริการสุขภาพ format : Annnn A ขึ้นกับผู้ให้บริการ : A = ว สำหรับแพทย์ A = ท สำหรับทันตแพทย์ A = พ สำหรับพยาบาล A = ก สำหรับเภสัชกร และ A = - สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ nnnn เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ กำหนดให้มีจำนวนตั้งแต่ 4 หลักขึ้นไป ถ้ามี space ให้ต่อท้ายได้เท่านั้น
ST	=string เป็นข้อความที่เป็นตัวอักษรและสัญลักษณ์(ยกเว้น < "> '& ') ที่มีขนาด 0-254 ตัว
DN1	เลขแสดงจำนวนเป็นทศนิยม 2 หลัก จำนวนหน้าทศนิยมไม่เกิน 7 หลัก รูปแบบเป็น 9999999.99 จำนวนที่ติดลบใช้เครื่องหมาย - นำหน้า จำนวนที่เป็น null แสดงเป็น 0.00 ซึ่งตรงกับข้อมูลที่มีจำนวน=0.00
SC	เป็น ST แสดงรหัสมาตรฐานที่อ้างอิงซึ่งเป็นมาตรฐานสากลหรือเป็นที่ยอมรับแล้ว เนื้อหาคือรหัสแต่ละตัวจากรายการใน code set มาตรฐานที่อ้างอิงนั้น และขนาดเป็นไปตามที่มาตรฐานนั้นกำหนด
SE	เป็น ST แสดง code set ที่ระบบข้อมูลนี้กำหนดไว้ ซึ่งจะเป็นมาตรฐานต่อไปภายหลัง มีรูปแบบเหมือน SC แต่แยกตั้งเป็นอีกรหัส เพื่อให้รู้ว่าจะไม่ใช่รหัสมาตรฐาน ขนาดเป็นไปตามที่ชุดรหัสนั้นกำหนด

Required: แนวทางการกำหนดใช้ data elements

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

5. Format และคำอธิบาย data element ในส่วน <Header> ของแต่ละแฟ้ม

<Header> เป็นข้อมูลสรุปของแฟ้มข้อมูลหลักแต่ละแฟ้ม ใช้อธิบายสถานพยาบาลเจ้าของข้อมูล วันเวลาของชุดข้อมูลที่ทำ/จัดส่ง จำนวนนับของธุรกรรมในแฟ้ม ทั้งหมดเพื่อให้สถานพยาบาลได้แจ้งข้อเท็จจริงในการทำข้อมูล ได้ตรวจสอบข้อมูล และสรุปข้อมูลที่ส่งให้เรียบร้อยก่อนส่ง และ สกส ใช้ตรวจสอบว่าวันเวลาที่ระบุ และจำนวนนับต่างๆ ที่คำนวณไว้ถูกต้องตรงกับที่สถานพยาบาลแจ้งไว้

รูปแบบและคำอธิบายของ data element ในส่วน <Header> ของแฟ้มข้อมูลธุรกรรมต่างๆ แยกออกไว้เป็นตารางเดียวในที่นี้ ซึ่งสามารถใช้อ้างอิงในทุก <Header> ของแต่ละแฟ้มหลักประเภทต่างๆ

ตาราง format และคำอธิบาย data element ในส่วน <Header>

Element Name	Field Description	Type	len
HospCode	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลเบิก	HC1	5
HospName	ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลเบิก	ST	
GenDT	วัน-เวลาที่จัดส่งข้อมูลเบิก ระบุเป็น[YYYY-MM-DD]T[HH:mm:ss]	DT3	19
SessionID	เลขลำดับงวดส่งซึ่งสถานพยาบาลเป็นผู้กำหนด, ทุกแฟ้มในงวดส่งเดียวกัน ใช้ seesionID เดียวกัน	ID1	4+
RecordCount	จำนวนบรรทัดของข้อมูลในส่วน transaction	IN1	1+

6. ชุดธุรกรรมการเงิน Billtran:

รายการธุรกรรมค่ารักษาพยาบาล <BILLTRAN> นี้ใช้กับระบบสวัสดิการเข้ามาตั้งแต่เริ่มในระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถใช้ระบบข้อมูลการเบิกจ่ายเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้ ใน version ที่ปรับปรุงใหม่ data element ที่เพิ่มเข้ามาจะต่อท้ายจากชุดเดิม ไม่ได้จัดเรียงให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การพยายามใช้โครงสร้างเดิมให้มากที่สุด เพื่อให้สถานพยาบาลใช้งานเดิมได้มาก ปรับระบบจัดทำข้อมูลเฉพาะส่วนที่เพิ่มขึ้นในรอบนี้

Data element 1 – 12 เป็นโครงสร้างพื้นฐานเดิม การปรับปรุงในครั้งนี้เพิ่ม data element 13 – 19

6.1 Data element และ format ของรายการใน <BILLTRAN>

#	Element Name	Description	Key	len	format	required
1.	Station	จุดเก็บค่ารักษา (สถานี) ที่บันทึกธุรกรรมนี้		4	ST	y
2.	Authcode	เลขที่อนุมัติของธุรกรรม, ได้จากระบบตรวจอนุมัติ ๑1		7	ST	(o) y
3.	DTtran	วันที่และเวลาของการเรียกเก็บค่ารักษาครั้งนี้		19	DT3	y
4.	Hcode	รหัส ร.พ. ที่ทำธุรกรรม		5	HC1	y
5.	Invno	เลขที่สำคัญการเรียกเก็บค่ารักษา, เลขนี้ใช้ซ้ำไม่ได้	PK	9+	ID3	y
6.	Billno	เลขที่ใบเสร็จที่ออกให้แก่ผู้รับบริการ, เช่นกรณีมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เบิกไม่ได้		9+	ST	y
7.	HN	เลขประจำตัวผู้ป่วยที่สถานพยาบาลออกให้		5+	ID1	y
8.	MemberNo	เลขสมาชิกโครงการฯ ต่างๆ ในสถานพยาบาลนี้ ๑2		5+	ST	n
9.	Amount	ยอดเงินรวมการเรียกเก็บค่ารักษา		4+	CR1	y
10.	Paid	ยอดเงินรวมที่ผู้รับบริการจ่ายในธุรกรรมนี้ (ถ้ามี)		4+	CR1	y
11.	VerCode	รหัสตรวจยืนยัน รับจากการแจ้งทำธุรกรรมผ่านบัตรหรือผ่านการตรวจสอบลายนิ้วมือ ๑3		5+	ST	(o) y
12.	Tflag	สัญญาณการทำธุรกรรม		1	SE	(o) y
13.	Pid	เลขประจำตัวผู้ใช้สิทธิ ๑4		13	ID2	y
14.	Name	ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ ตามทะเบียนของสถานพยาบาล		10+	ST	(o) n
15.	HMain	รหัสสถานพยาบาลหลัก (ตามบัตรหรือตามทะเบียน)		5	HC1	y
16.	PayPlan	รหัสสิทธิประกันสุขภาพหลักที่ใช้กับธุรกรรมนี้ ๑5		2	SE	y
17.	ClaimAmt	ยอดเงินที่ขอเบิก ๑6		4+	CR1	y
18.	OtherPayplan	รหัสสิทธิ อื่นที่ร่วมจ่าย (ถ้ามี) ๑7		2	SE	y
19.	OtherPay	ยอดเงินรวมส่วนที่สิทธิหรือผู้ร่วมจ่ายอื่น ร่วมจ่าย		4+	CR1	y

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับ data element

๑1 เป็นรหัสหรือเลขที่ระบบเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพออกให้ในกรณีหรือรายการที่กำหนดให้สถานพยาบาลแจ้งใช้สิทธิเบิกค่ารักษา/บริการก่อน สถานพยาบาลใช้รหัสตอบรับจากระบบแจ้งขอใช้สิทธิ มาบันทึกไว้กับธุรกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อขอเบิก (สามารถขยายความเป็นการให้อนุมัติล่วงหน้ามาก่อนหน้า นำไปใช้กับกรณีส่งต่อที่ผู้ส่งมีเอกสารส่งต่อ และระบบในเงื่อนไขที่สถานพยาบาลผู้ส่งจะรับผิดชอบ)

๑2 เป็นรหัสหรือเลขรับผู้ใช้สิทธิกองทุนประกันสุขภาพเป็นผู้อยู่ในทะเบียนของสถานพยาบาล เป็นรหัสที่ได้จากการลงทะเบียนประเภทต่างๆ ของแต่ละกองทุนฯ ที่ผ่านมามีเฉพาะสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่กำหนดให้มีการลงทะเบียนในแต่ละสถานพยาบาลที่ใช้สิทธิจ่ายตรงผู้ป่วยนอก data element นี้ไม่จำเป็นต้องใช้ หากกองทุนประกันสุขภาพไม่กำหนดหรือปรับเปลี่ยนให้ใช้วิธีอื่นแทนการลงทะเบียน

๑3 เป็นรหัสหรือเลข ที่ระบบเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพออกให้ผ่านการแจ้งธุรกรรมที่ใช้สิทธิของกองทุนประกันสุขภาพกำหนดไว้ ขั้นตอนให้ผู้รับบริการไปที่จุดชำระค่าใช้จ่ายหรือที่จัดรับบริการในสถานพยาบาล ระบบงานของสถานพยาบาลจะส่งข้อมูลวันเวลา ผู้รับบริการ และยอดรวมค่าใช้จ่ายของธุรกรรม ผ่านอุปกรณ์ที่ตรวจสอบบัตรหรืออุปกรณ์ที่แสดงตัวผู้ใช้สิทธิที่ระบบกำหนดให้ใช้ได้ รหัส/เลขที่ตรวจรับจ่ายให้จะใช้กับธุรกรรมที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนเบิกนั้น ๆ ในระบบเบิกของปี 2561 จะเริ่มมีการใช้ VerCode ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และบางส่วนของระบบประกันสังคม

๑4 เป็นเลข/รหัสประจำตัวเฉพาะของผู้ใช้สิทธิ ที่กำหนดไว้ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชนที่กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยออกให้แก่ประชาชนไทย, เลขที่ประกันสังคมที่ใช้กับชาวต่างชาติที่อยู่ในระบบประกันสังคม,

เลข/รหัส หนังสือเดินทางผู้ใช้สิทธิที่เป็นต่างชาติ เลขรหัสนี้มักจะอ่านจากบัตรหรืออุปกรณ์ที่ใช้สิทธินำติดตัวและแสดงให้สถานพยาบาลตรวจสอบใช้งานได้ สำหรับรายละเอียดขั้นตอนของการตรวจยืนยันว่าเป็นผู้ใช้สิทธิจริงมีได้หลายวิธี กองทุนสุขภาพต่าง ๆ มักจะมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมประกาศหรือนำไปให้สถานพยาบาลนำไปปรับใช้ได้ เลขรหัสนี้มีความเฉพาะจงกับบุคคลแต่ละคน มีขอบเขตที่ครอบคลุมทั้งประเทศไม่ใช่กองทุนใดกองทุนหนึ่ง จึงสามารถใช้เป็น ID ที่ตรวจสอบบุคคลข้ามกองทุนต่าง ๆ ได้

สำหรับ Pid ชนิดอื่น ๆ ที่กองทุนสุขภาพจะรับเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยน จะมีการกำหนดรูปแบบและประกาศตามแต่กรณี

◆5 PayPlan เป็นรหัสใช้ระบุสิทธิประกันสุขภาพหลักที่ธุรกรรมนี้ใช้ ไม่ใช่รหัสการเบิกประเภทย่อยของกองทุนประกันสุขภาพซึ่งมีหลายประเภทซึ่งมีให้บันทึกส่งในรายละเอียดของธุรกรรมย่อยที่ครอบคลุมธุรกรรมหลักนี้

◆6 ClaimAmt คือ ยอดเงินที่เบิกจากระบบประกันสุขภาพ ตามอัตราหรือกฎเกณฑ์ที่เบิกได้

กรณีสวัสดิการข้าราชการคือจำนวนเงินที่จะเบิกจากกรมบัญชีกลาง

กรณีประกันสังคม แม้ว่าจะไม่ได้ขอเบิกจำนวนนี้เนื่องจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย ก็ยังคงให้ระบุจำนวนเงินของรายการต่างๆ ตามจริง และโดยส่วนใหญ่ของรายการเบิก จะไม่มีการเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ประกันตน (Paid ในธุรกรรมกรณีนี้ = 0) ยอดนี้จะมีค่า = Amount โดยปริยาย ระบบประมวลผลจะใช้เป็นต้นทุนภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล ไม่ได้จ่ายตามจำนวนนี้

บางครั้งที่บริการผู้ป่วยนอกมีทั้งบริการที่จ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายปนกับบริการที่จ่ายเป็นกรณีเพิ่มเติมหรือพิเศษ นอกเหนือจากเหมาจ่าย การระบุจำนวน ClaimAmt อาจจะไม่แม่นยำและสับสนได้ กรณีนี้ให้สถานพยาบาลแยกทำรายการเหมาจ่ายไว้ในธุรกรรมหนึ่ง นอกเหนือจากเหมาจ่ายไว้อีกธุรกรรมหนึ่ง

◆7 OtherPayplan เป็นรหัสระบุสิทธิประกันสุขภาพหลัก หรือหน่วยงานอื่นหรือบุคคลอื่นที่ใช้สิทธิสามารถใช้เป็นผู้ร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนนอกเหนือจาก ClaimAmt ที่เบิกจากกองทุนสุขภาพหลักที่ระบุด้วย PayPlan แล้วข้างต้น

กรณีมีผู้ร่วมจ่ายมากกว่า 1 ให้เลือกผู้ร่วมจ่ายที่สำคัญที่สุด ซึ่งมักจะเป็นผู้ร่วมจ่ายที่จ่ายสัดส่วนสูงสุด และต้องระบุสัญลักษณ์ “+” ยอดเงินใน OtherPay เป็นยอดยอดเงินของทุก OtherPayPlan เท่าที่มี มิใช่เฉพาะ OtherPayPlan ที่ระบุ

ตัวอย่าง การบันทึกค่ารักษาพยาบาลในแฟ้ม BILLTRAN

1. นาย ก. เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการราชการ เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตัวอย่าง รหัส รพ. 00001 มีค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 5,000 บาท สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด ต้องบันทึกข้อมูล ดังนี้

Hcode	Hmain	Amount	Paid	PayPlan	Claimamt	OtherPayplan	OtherPay
00001		5000.00	0.00	10	5000.00		0.00

2. นาย ข. เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการราชการ เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตัวอย่าง รหัส รพ. 00001 มีค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 5,000 บาท เบิกได้ 4,500 เป็นส่วนเกินสิทธิ 500 บาท ผู้ป่วยชำระเอง ต้องบันทึกข้อมูล ดังนี้

Hcode	Hmain	Amount	Paid	PayPlan	Claimamt	OtherPayplan	OtherPay
00001		5000.00	500.00	10	4500.00		0.00

3. นาย ค. เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการราชการ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตัวอย่าง รหัส รพ. 00001 มีค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 10,000 บาท โรงพยาบาลเรียกเก็บจาก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถฯ จำนวน 5,000 บาท และเป็นส่วนเกินสิทธิ 200 บาท ผู้ป่วยต้องชำระเอง ต้องบันทึกข้อมูล ดังนี้

Hcode	Hmain	Amount	Paid	PayPlan	Claimamt	OtherPayplan	OtherPay
00001		10000.00	200.00	10	4800.00	RT	5000.00

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE

สำหรับรูปแบบ SE เป็น Code Set ที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเอกสารนี้ โดยรหัสและความหมายของ Code Set กำหนดดังนี้

1. Tflag

Tflag หรือ Transaction Flag เป็นฟิลด์ที่ระบุรหัสประเภทการทำรายการ โดยได้กำหนดรหัสและความหมายดังนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
A	เป็นรายการขอเบิก	
E	แก้ไขรายการ	
D	ยกเลิกรายการ	ระบุเฉพาะ <BILLTRAN>

2. Payplan

Payplan เป็นฟิลด์ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่รับบริการรายนี้จะเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนใด โดยได้กำหนดประเภทของกองทุนเป็นรหัส ดังนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
00	ไม่ใช่สิทธิ	
10	ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	เบิกกรมบัญชีกลาง
20	ใช้สิทธิ ขรก. ส่วนท้องถิ่น	เบิกกรุงเทพมหานคร
30	ใช้สิทธิ องค์กรอื่นๆ ของรัฐ	เบิก กสทช.
31	ใช้สิทธิ องค์กรอื่นๆ ของรัฐ	เบิก กกต.
80	ใช้สิทธิประกันสังคม	
81	ใช้สิทธิกองทุนเงินทดแทน	
86	ทุพลภาพ	

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีสิทธิมากกว่า 1 กองทุน เช่น เป็นผู้ป่วยทุพลภาพ และยังมีสิทธิประกันสังคม ให้สถานพยาบาลเลือกสิทธิใดสิทธิหนึ่ง

3. OtherPayplan

OtherPayplan ใช้ในกรณีที่ผู้ร่วมจ่ายอื่น นอกจาก PayPlan และตัวผู้ป่วย โดย OtherPayplan ได้กำหนดรหัสและความหมายไว้ดังนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
RT	พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ	
PI	ประกันชีวิตส่วนบุคคล	
EM	นายจ้าง/บริษัทเอกชน	
RF	หน่วยบริการส่งต่อ	สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยมา และจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กรณีนี้มักจะเป็นการส่งข้อมูลให้หน่วยจัดการการเบิกจ่าย (เช่น สกส.) ตัดโอนค่าใช้จ่ายนี้จากสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้กับ สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อและได้ให้บริการการรักษาต่อไป
SH	สถานพยาบาลยกเว้นค่ารักษาพยาบาล	
ZZ	อื่นๆ	

4. Reimburser

รหัสผู้เบิกค่ารักษา ใช้ระบุว่าค่าใช้จ่ายรายการนี้มีการเบิกจากระบบประกันสุขภาพหรือไม่ และถ้ามีการเบิกใครเป็นผู้เบิก

ปกติแล้วสถานพยาบาลจะเบิกค่ารักษาจากประกันสุขภาพแทนผู้ให้บริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพได้ โดยเฉพาะในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสถานพยาบาลจะเป็นผู้เบิกเกือบทั้งหมด แต่ในกรณีที่ผู้ให้บริการอาจไม่สามารถใช้สิทธิผ่านระบบเบิกของสถานพยาบาลหรือเป็นความประสงค์ที่จะเบิกค่ารักษาด้วยตนเอง ก็สามารถบันทึกกรณีต่างๆ ด้วยรหัสนี้ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลรหัสสิทธิที่ผู้ให้บริการมีใน "benefit plan"

ฟิลด์นี้เป็น place holder ไว้เก็บข้อมูลที่บันทึกใน BILLTRAN ซึ่งได้จากการเรียกเก็บค่ารักษาและขั้นตอนการพิมพ์ใบแจ้งค่ารักษาที่หน่วยเก็บเงิน ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นจากระบบจ่ายยา

กรณีที่ reimbursor เป็นสถานพยาบาลที่ขอเบิกนี้(HP) ค่าของ claim amount จะแสดงยอดรวมของ reimb amount ของยาในรายการจ่ายยา แต่ถ้า **reimbursor ไม่ใช่ HP, claim amount ของรายการนี้จะเท่ากับ 0** เนื่องจากผู้ให้บริการจะจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วไปเบิกส่วน claim amount เอง

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

6.2 Data element และ format ของรายการใน <BillItems>

#	Element Name	Description	Key	len	format	required
1.	Invno	อ้างอิงจาก BILLTRAN.Invno	FK	9+	ID3	y
2.	SvDate	วันที่ให้บริการ/ทรัพยากร		10	DT1	y
3.	BillMuad	หมวดค่ารักษาพยาบาล		1	SE	y
4.	LCCode	รหัสบริการหรือผลิตภัณฑ์ที่สถานพยาบาลกำหนด		9+	ID3	y
5.	STDCode	รหัสบริการหรือผลิตภัณฑ์ที่กองทุนกำหนด ♦2		5+	SC SE	y
6.	Desc	คำอธิบายของบริการหรือผลิตภัณฑ์		10+	ST	(o) n
7.	QTY	จำนวนของบริการหรือผลิตภัณฑ์ที่จ่าย		4+	IN1 DN1	y
8.	UP	ราคาขายต่อหน่วย		4+	CR1	y
9.	ChargeAmt	ราคาที่เรียกเก็บ ♦3		4+	CR1	y
10.	ClaimUP	ราคาเบิกได้ต่อหน่วยที่กองทุนประกันสุขภาพกำหนด		4+	CR1	y
11.	ClaimAmount	ยอดเงินที่ขอเบิก		4+	CR1	y
12.	SvRefID	รหัสอ้างอิง PK ที่ชี้มารายการนี้ ♦1	FK	9+	ID3	(o) y
13.	ClaimCat	ประเภทบัญชีการเบิก		3	SE	(o) y

คำอธิบายเพิ่มเติม

♦1 SvRefID (Services Reference ID) เป็น primary key ของรายการในแฟ้มอื่นที่รายการ billitems นี้เกี่ยวข้องอยู่ คำสั่งการรักษาอาจจะมีข้อมูลระบุรายละเอียดของการสั่งจ่ายไว้ในรายการหลัก ระบบข้อมูลจะกำหนด primary key ตัวหนึ่งให้กับรายการหลักนี้ และ PK นี้ก็จะถูกใช้อ้างอิงกับรายการย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน รายการหลักนั้น ตัวอย่างเช่น billItem ที่เป็นยาแต่ละรายการ ก็จะมี SvRefID เป็น Dispensing.DispID ที่ได้จากรายการสั่งจ่ายยา(Dispensing)ที่เป็นรายการหลัก หรือ billItem รายการค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ จะใช้ OServices.SVID เป็น SvRefID ที่ได้จากรายการตรวจรักษา(OpServices)ที่เป็นรายการหลัก

สำหรับรายการที่ยังไม่ได้จัดหมวดหมู่หรือไม่มีการในแฟ้มอื่นเกี่ยวข้อง เช่น ค่า lab และ X-ray ให้เว้น SvRefID วางไว้ก่อน

♦2 เป็นรหัสมาตรฐานที่เลือกให้ใช้ได้กับทุกกองทุนประกันสุขภาพ เป็นชุดรหัสของบริการ, ยา, อุปกรณ์, หัตถการ ฯลฯ ที่มีระบบกำหนดมาตรฐานที่ใช้กันได้กับทุกสถานพยาบาล, มีการจัดทำข้อมูลอ้างอิงให้ทันสมัยและถูกต้อง และมีระบบสนับสนุนสถานพยาบาลแก้ปัญหาการใช้งาน ชุดข้อมูลพร้อมรหัสมาตรฐานนี้ ทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน การรวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาลมีความหมายตรงกัน ลดปัญหาการแปลหรือตีความที่อาจจะคลาดเคลื่อน ช่วยเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย ระบบเบิกจ่าย การประมวลผลและการวิเคราะห์และการวิจัยได้มาก

ปัจจุบันรหัสมาตรฐานนี้มีใช้ไม่มากนักได้แก่ ICD10, ICD9CM, TMT สำหรับยา ส่วนชุดรหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลังที่ใช้กับรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์และรายการเบิกประเภทต่างๆ กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนสำคัญ ตกลงจะใช้บัญชีเดียวกัน แม้ว่าจะยังมีรายละเอียดไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายแต่กองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 ก็มีแผนงานที่จะพัฒนาชุดรหัสต่างๆ เช่นรหัสการตรวจขั้นสูง รังสีวินิจฉัย อวัยวะเทียมต่างๆ เป็นต้นให้มาใช้แทนในเร็ว ๆ นี้

ในที่นี้ ให้ใช้ชุดรหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลัง ที่สถานพยาบาลเทียบเคียงรายการของสถานพยาบาล และได้ส่งเป็น service catalog ให้แก่ สกส ใช้ตรวจสอบเป็นชุดอ้างอิง และใช้ รหัส 5 หลักนั้นในฐานะ STDCode แบบชั่วคราวจนกว่าจะมี ประกาศชุดรหัสพร้อมรายการที่ปรับปรุงให้ใช้แทน สำหรับรายการเบิกยา เนื่องจากมีรหัสยา TMT และมี drug catalog แยกต่างหาก รายการเบิกยาจึงใช้รหัส TMT เป็น STDCode ได้ตั้งแต่เริ่มต้น

♦3 เป็นค่าใช้จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง ไม่ใช่ราคาเบิกได้จากกองทุนฯ ปกติจะคำนวณจากจำนวนใช้คูณราคาขายต่อหน่วย (ChargeAmt = QTY x UP) ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลอาจมีวิธีคิดค่าใช้จ่ายที่ไม่ให้มีราคาเป็นเศษสตางค์ จึงแจ้งราคาขายเป็นราคาที่ปัดเศษแล้ว ระบบตรวจสอบจะรับค่าใช้จ่ายที่ปัดเศษนี้ได้โดยการปัดเศษจะขึ้นหรือลงให้เป็น 25, 50, 75 สตางค์ หรือ เป็นบาทที่ไม่มีเศษ ต้องปัดเศษสตางค์ไม่เกิน 99 สตางค์

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE**1. BillMuad**

BillMuad หรือ หมวดค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลจะต้องแยกหมวดของรายการออกเป็น 17 หมวด โดยที่รายการใดๆ จะต้องจัดให้อยู่ในหมวดใดหมวดหนึ่งเท่านั้น หากสถานพยาบาลไม่สามารถจัดหมวดค่ารักษาพยาบาลได้ ให้เลือกรายการนั้นอยู่ในหมวดค่าบริการอื่นๆ โดย 17 หมวด ได้กำหนดเป็นรหัส ดังนี้

รหัส	ความหมาย
1	ค่าห้อง และค่าอาหาร
2	ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัด
3	ค่ายา และสารอาหาร
5	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย
6	ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต
7	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
8	ค่าตรวจวินิจฉัย และรักษาทางรังสีวิทยา
9	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ
A	ค่าอุปกรณ์ของใช้ และเครื่องมือฯ
B	ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี
C	ค่าบริการทางการแพทย์
D	ค่าบริการทางทันตกรรม
E	ค่าบริการทางกายภาพบำบัด
F	ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น
G	ค่าบริการอื่นๆ
H	ค่าห้องผ่าตัด/ห้องคลอด
I	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์

2. ClaimCat

สำหรับกรณีการเบิกผู้ป่วยนอกทั่วไป รหัสที่ใช้เป็นปกติคือ OP1

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OP1	OPD ปกติ	ไม่มีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม
OP...	OPD... อื่นๆ	OPD บัญชีอื่นซึ่งอาจมีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม (ยังไม่ได้กำหนด)
RRT	ไตวายเรื้อรัง	ใช้กับการเบิกที่กำหนดวิธีพิเศษของกองทุนนี้
P01	OCPA	ระบบขออนุมัติใช้ยาส่งผ่านประเภทต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะเช่น ต้องส่ง protocol ของโรคเพื่อพิจารณา
P02	RDPA	
P03	DDPA	
REF	ส่งต่อ	
EM1	ฉุกเฉิน	
EM2	ฉุกเฉินระยะทาง	
OPF	เบิกเพิ่มแบบเหมาจ่าย	เป็นกรณีมี additional payment แบบเหมาจ่าย เช่น มะเร็งนอก protocol
OPR	เบิกเพิ่มตามอัตรา	เป็นกรณีเบิกเพิ่มเป็นรายการๆ โดยมีอัตราควบคุม เช่น ค่าชุดหินปูน
XX...	บัญชี... ต่างๆ	รหัสการรักษาหรือบัญชีอื่นๆ ที่มี (ยังไม่ได้กำหนด)

7. ชุดธุรกรรมยาBillDisp:

เป็นแฟ้มที่บรรจุข้อมูลการจ่ายยาและรายละเอียดของรายการยาที่จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ข้อมูลส่วนนี้ใช้ประกอบกับข้อมูลธุรกรรมการตรวจรักษา ที่ใช้อยู่ในระบบเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอก

7.1 Data element และ format ของรายการใน <Dispensing> ♦1

#	Element Name	Description	Key	len	format	required
1	ProviderID	รหัสหน่วยให้บริการ		5	HC1	y
2	DispID	เลขที่ใบสั่งยา ♦2	PK	9+	ID3	y
3	Invno	อ้างอิงจาก BILLTRAN.Invno ♦0	FK	9+	ID3	y
4	HN	เลข/รหัสประจำตัวผู้ป่วย		5+	ID1	y
5	PID	เลขประจำตัวประชาชน		13	ID2	y
6	Prescdt	วัน – เวลา สั่งยา		19	DT3	y
7	Dispdt	วัน – เวลา จ่ายยา		19	DT3	y
8	Prescb	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพผู้ให้บริการ		3+	DR1	y
9	Itemcnt	จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์		1+	IN1	y
10	ChargeAmt	รวมราคาค่าหมายของยาทุกรายการในการจ่ายยานี้		4+	CR1	y
11	ClaimAmt	รวมค่ายาที่เบิกได้ของยาทุกรายการในการจ่ายยานี้		4+	CR1	y
12	Paid	ค่ายาส่วนที่ผู้ให้บริการจ่าย		4+	CR1	y
13	OtherPay	ค่ายาส่วนที่เหลือ		4+	CR1	y
14	Reimbuser	ผู้เบิก		2	SE	(o) y
15	BenefitPlan	เรียกเก็บค่ายาส่วนที่เบิกได้จาก สวัสดิการ ที่มีสิทธิ		2	SE	(o) y
16	DispeStat	สถานะ การจ่ายยา		2	SE	(o) y
17	SvID	อ้างอิง OPServices.SvID ของรายการที่ส่งจ่าย	FK	9+	ID3	(o) y
18	DayCover	ระยะเวลาที่ตั้งใจให้ผู้ป่วยใช้ยาที่สั่ง ♦3		4	DP1	(o) y

คำอธิบายเพิ่มเติม

♦0 InvNo – เป็น foreign key ที่อ้างอิงรายการใน <BILLTRAN> รายละเอียดเพิ่มเติมได้ข้างล่าง ที่ส่วน "ความเชื่อมโยงของรายการข้อมูลยากับข้อมูลธุรกรรมเบิก" ในหัวข้อ "Link ระหว่างรายการเบิกหลักใน <BILLTRAN> กับรายการจ่ายยาใน <Dispensing>"

♦1 <Dispensing> ชื่อ tag นี้เป็นแนวคิดที่ตรงกับเรื่องของการเบิกจ่ายยาในการใช้ข้อมูลชื่อยาและจำนวนยาที่จ่ายจริงเป็นเกณฑ์ มากกว่า prescription ที่สื่อกับใบสั่งยา เพราะข้อมูลจากใบสั่งยาอาจทำให้เกิดความสับสนในการจัดทำข้อมูลที่ต้องการได้ เช่น ยาที่จ่ายอาจจะเป็นยาคนละชื่อยากับตัวที่สั่ง และจำนวนยาที่สั่งอาจไม่เท่ากับจำนวนที่จ่าย เป็นต้น ในที่นี้จึงเลือกใช้ "การจ่ายยา" เป็นคำเรียกข้อมูลส่วนนี้

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

และการที่รายการข้อมูลการเบิกจ่ายจำเป็นต้องตรวจสอบย้อนกลับไปหาข้อมูลในระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลที่เป็นต้นตอของการให้บริการที่เกิดขึ้นและได้ส่งข้อมูลขอเบิกไปได้ จึงจำเป็นต้องกำหนดคุณสมบัติของ key "dispense ID" นี้ให้ชัดเจนเพื่อให้สถานพยาบาลจัดทำข้อมูลเบิกนี้ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพช่วยการตรวจสอบการเบิกจ่ายโดยป้องกันการเบิกที่ผิดพลาดหรือซ้ำซ้อน ลดปัญหาที่มักเกิดขึ้นเมื่อมีการเรียกข้อมูลเพื่อตรวจสอบแล้วพบว่า ไม่สามารถเรียกข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาให้ตรวจยืนยันได้ ด้วยความจำเป็นหรือความต้องการที่กล่าวนี้ จึงขอขยายความแนวคิดที่ใช้กำหนดออกแบบและตัวอย่างของวิธีการทำ dispense ID ไว้ในคำอธิบายเพิ่มเติมนี้ ดังนี้

- "dispense ID" นี้เป็น **primary key** ของรายการจ่ายยาที่ส่งไปให้กับระบบเบิกจ่าย ซึ่งไม่ใช่ **primary key** ของรายการใบสั่งยาที่สถานพยาบาลใช้อยู่
- สถานพยาบาลอาจใช้เลขที่ใบสั่งยาเป็น **primary key** ในระบบ แล้วนำมาใช้ต่อเป็น "dispense ID" แต่ต้องแน่ใจในความถูกต้องและ integrity ของ key นี้เมื่อมีการใช้ในระบบงานบริการจริง เพราะเลขที่ใบสั่งยานี้อาจเป็น

- เลขที่กำหนดตั้งแต่พิมพ์ใช้ที่ห้องตรวจ ซึ่งอาจจะพิมพ์ล่วงหน้าและอาจไม่ได้ถูกใช้
- เลขที่ออกให้ภายหลังในพื้นที่บริการ โดยเฉพาะเมื่อเป็นใบสั่งยาที่ไม่ได้พิมพ์จากโปรแกรม
- เลขที่ออกให้จากระบบสั่ง/จ่ายยา โดยใช้เอกสารอื่นๆ ของ ward หรือห้องผ่าตัด

- ใบสั่งยาหนึ่งๆ อาจจะถูกแบ่งจ่ายได้เป็นหลายครั้ง การแบ่งจ่ายยาเป็นไปตามความเหมาะสมของระบบงานหรือตามความต้องการของผู้สั่งยาหรือผู้ป่วยก็ได้ แต่ในการเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพแทนผู้ป่วยนี้ ประเภทของยา กฎเกณฑ์การเบิกเพิ่มเติม และวิธีทางบัญชีอาจจำเป็นต้องแยกรายการเป็นชุดที่เหมาะสมกับวิธีการจัดทำข้อมูลเบิกด้วย ชุดข้อมูลยาที่เบิกแต่ละชุดจะถูกจัดรวมกันไว้เป็น "การจ่ายยา" 1 ครั้ง และ "การจ่ายยา" หนึ่งๆ จะต้องมีการบันทึกเป็นรายการจ่ายยาครั้งใหม่ด้วย หากรายการจ่ายยาครั้งหลังในส่วนที่เหลือใช้ dispense ID เดียวกันกับครั้งก่อนหน้า dispense ID นี้ไม่ใช่ primary key อีกต่อไปเพราะรายการจ่ายยาจะซ้ำกันและรายการยาที่จ่ายของทั้งสองครั้งจะแยกแยะไม่ได้ว่าเป็นการจ่ายในครั้งไหน

- รายการยาในใบสั่งยา 1 ใบควรเป็นการสั่งจ่ายยาของแพทย์เพียง 1 คนเท่านั้น

- Dispense ID อาจใช้ [เลขที่ใบสั่งยา(ที่กล่าวไว้ข้างต้น) + วันที่เวลาของการจ่ายยา] หรือเป็น [เลขที่ใบสั่งยา + เลขลำดับที่ไม่ซ้ำกัน] หรืออาจเป็น [เลขรหัสที่ไม่ซ้ำกัน] ที่สร้างขึ้นใหม่ เมื่อมีการบันทึกการสั่งจ่ายยาด้วยโปรแกรมงานที่เกี่ยวข้อง การเลือกใช้ key แบบใดในขั้นตอนไหนเป็นเรื่องที่สถานพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมเอง

- ◆3 ระยะเวลาที่ผู้สั่งยาดังใจจ่ายยาในใบสั่งนี้ให้ผู้ป่วยพอใช้นานเท่าไร ซึ่งมักจะสอดคล้องกับการนัดครั้งต่อไป ระยะเวลานี้เป็นค่าประมาณโดยรวมของยาทั้งหลายในใบสั่งเดียวกัน จำนวนยาแต่ละรายการอาจแตกต่างกันไป จำนวนสั่งจริงอาจคำนึงถึงยาของผู้ป่วยที่เหลือแล้วเพิ่มให้เพียงพอกับการนัดครั้งต่อไป หน่วยของระยะเวลาที่กำหนดไว้ 3 หน่วย เป็นวัน(D), เป็นสัปดาห์(W)=7D หรือเป็นเดือน(M)=4W, 28D (หรือ 30D ถ้าสถานพยาบาลนิยมใช้) ข้อมูลที่ระบุระบุได้เพียงหน่วยใดหน่วยหนึ่งเท่านั้น ไม่ใช่ปนกัน ตัวอย่างเช่น ใช้ 10D แทนการใช้ 1W3D เศษของวันในหน่วย W หรือ M จะปัดเศษขึ้นหรือลงขึ้นอยู่กับผู้สั่ง ระยะเวลาที่มีที่ใช้กับยาที่รักษาต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ จำนวนจริงยังระบุไว้ในแต่ละรายการยาได้ด้วย ยาอื่นที่ไม่ใช่ยาใช้ต่อเนื่อง ไม่ได้ใช้ระยะเวลานี้ช่วยกำหนด

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE

1. Reimburser

รหัสผู้เบิกค่ารักษา ใช้ระบุว่าค่าใช้จ่ายรายการนี้มีการเบิกจากระบบประกันสุขภาพหรือไม่ และถ้ามีการเบิกใครเป็นผู้เบิก

ปกติแล้วสถานพยาบาลจะเบิกค่ารักษาจากประกันสุขภาพแทนผู้ใช้บริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพได้ โดยเฉพาะในระบบสวัสดิการรักษายาของสถานพยาบาลจะเป็นผู้เบิกเกือบทั้งหมด แต่ในกรณีที่ผู้ใช้บริการอาจไม่สามารถใช้สิทธิผ่านระบบเบิกของสถานพยาบาลหรือเป็นความประสงค์ที่จะเบิกค่ารักษาด้วยตนเอง ก็สามารถบันทึกกรณีต่างๆ ด้วยรหัสนี้ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลรหัสสิทธิที่ผู้ใช้บริการมีใน "benefit plan"

ฟิลด์นี้เป็น place holder ไว้เก็บข้อมูลที่บันทึกใน BILLTRAN ซึ่งได้จากการเรียกเก็บค่ารักษาและขั้นตอนการพิมพ์ใบแจ้งค่ารักษาที่หน่วยเก็บเงิน ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นจากระบบจ่ายยา

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

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
HP	สถานพยาบาลนี้	สถานพยาบาลนี้จะเรียกเก็บ claim amount จากสิทธิประกันสุขภาพ
P0	ไม่ทราบสถานการณ์ เบิก	เรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ใช้บริการ ไม่ทราบ benefit plan ของผู้ใช้บริการ ไม่ทราบว่าผู้ใช้บริการจะเบิกหรือไม่
P1	ผู้ใช้บริการขอเบิกเอง จาก benefit plan	เรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ใช้บริการ และทางสถานพยาบาลได้ออกเอกสารแสดงค่าใช้จ่ายส่วนเบิกได้ตามสิทธิของผู้ใช้บริการกำกับใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล

2. BenefitPlan

เป็นรหัสระบุผู้จ่ายค่ารักษา claim amount รายการนี้ ในกรณีที่ผู้ใช้สิทธิมีสิทธิมากกว่า 1 สิทธิ รหัสนี้จะเป็นตัวระบุว่าเบิกจากสิทธิใด สถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลนี้จะเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ใช้บริการหรือจากระบบประกันสุขภาพที่ผู้ใช้บริการมีสิทธิตามที่ระบุไว้ใน "reimburer"

ในระบบเบิกนี้ benefit plan คือ “SS” แต่รหัส benefit plan อื่นๆ ในตารางข้างล่างก็สามารถใช้กับการจ่ายยาและการเบิกของระบบเบิกจ่ายอื่นๆ ได้ด้วย ทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลการจ่ายยาของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในแฟ้มข้อมูลชุดเดียวกันได้ และหากระบบบันทึกการจ่ายยาของสถานพยาบาลมีข้อมูลนี้ก็จะใช้เป็น flag ช่วยจัดทำค่ายาส่วนที่เบิกได้และเงื่อนไขกับการเบิกที่อาจจะทำได้ ตัวอย่างเช่นค่ายาเบิกได้ “reimb price” ในรายการ <DispensedItems> ของรายการจ่ายยาที่ benefit plan = “SS” ก็จะใช้ reimb price ตามที่ระบบเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลางกำหนด เป็นต้น benefit plan ความหมายจะคล้ายคลึงกับ PayPlan แต่จะมีความเฉพาะเจาะจงกว่า PayPlan จึงไม่ใช่ CodeSet ชุดเดียวกัน

นอกจากนี้ รหัสยังออกแบบให้ใช้กับการจ่ายยาให้แก่ผู้ใช้บริการที่ส่งต่อมาให้รักษา(RF) ซึ่งค่าใช้จ่ายอาจจะเรียกเก็บจากสถานพยาบาลที่ส่งมา หรืออาจให้หน่วยจัดการระบบเบิกจ่ายเป็นผู้ตัดบัญชี (clearing) จ่ายระหว่างกันก็ได้ และในกรณีนี้คล้ายคลึงกัน รหัส S0 ใช้ระบบการจ่ายยาให้กับผู้ใช้บริการของหน่วยบริการอื่นของสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการนี้อาจจะมีการคิดค่าใช้จ่ายหรือการตัดบัญชีจากระบบที่มีวิธีจัดการเฉพาะแยกจากระบบเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกนี้ก็ได้

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

3. DispeStat

ข้อมูลแสดงสถานะการจ่ายยาและการขอเบิกของการจ่ายยานี้ ในกรณีปกติ dispense status = 1 ต่อมาหากพบว่าการจ่ายยานี้มีผลเปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีการบันทึกแก้ไขด้วยการระบุสถานะสุดท้ายของการสั่ง/จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วส่งรายการจ่ายยานี้อีกครั้งพร้อมข้อมูลประกอบการแก้ไขให้ระบบเบิกจ่ายตามขั้นตอนการแก้ไขข้อมูล รายละเอียดของวิธีแก้ไขข้อมูลจะแจ้งในเอกสารเกี่ยวกับการแก้ไขข้อมูลเบิกในระยะต่อไป

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
0	ยกเลิก, ไม่มีการจ่ายยา	ใช้ระบุยกเลิกรายการจ่ายยาที่บันทึกไว้แต่ไม่ได้จ่ายให้แก่ผู้ใช้บริการ รายการนี้ปกติจะไม่ได้ส่งเบิก แต่ถ้าส่งเบิกไปแล้วถูกปฏิเสธไม่ให้เบิก
1	รับยาแล้ว	กรณีปกติ
2	แก้ไข, ดินยาหรือเปลี่ยนยา	จ่ายยาและส่งเบิกแล้ว ต่อมา มีการขอคืนหรือเปลี่ยนยาบางรายการหรือทุกรายการ และแต่ละรายการเป็นการคืนหรือเปลี่ยนยาบางส่วนหรือทั้งหมด ข้อมูลการคืนหรือเปลี่ยนยา และระบบจัดการเป็นส่วนหนึ่งของระบบแก้ไขข้อมูล
3	แก้ไข, เบิกผิดพลาด	จ่ายยาและส่งเบิกแล้ว ต่อมาขอแก้ไขข้อผิดพลาดในข้อมูลการจ่ายยาที่ส่งเบิก เป็นการแก้ไขข้อมูลที่ทำผิด ไม่เกี่ยวกับการขอคืนยาหรือเปลี่ยนยา ข้อมูลของการแก้ไข และระบบจัดการเป็นส่วนหนึ่งของระบบแก้ไขข้อมูล

7.2 Data element และ format ของรายการใน <DispensedItem>

#	Element Name	Field Description	Key	len	format	required
1.	DispID	เลขที่ใบสั่งยา อ้างอิงจาก Dispensing.DispID	FK	9+	ID3	y
2.	PrdCat	ประเภทยา และเวชภัณฑ์		1	SE	Y
3.	HospDrgID	รหัสยา ที่ สถานพยาบาลกำหนด (Local Code)		5+	ID1	(y) o
4.	DrgID	รหัสยาอ้างอิงที่มาตรฐาน ใช้ชุดรหัส TMT		6+	SC	Y
5.	dfsCode	รหัส dose , form , strength		10+	ST2	(o) n
6.	dfsText	ชื่อ dose , form , strength		10+	ST2	(y) n
7.	Packsize	ขนาดบรรจุ		10+	ST2	(y) n
8.	sigCode	รหัส วิธีใช้ยา		10+	ST2	(o-ni) y
9.	sigText	ข้อความแสดงวิธีใช้ยา		10+	ST2	(y) n
10.	Quantity	ปริมาณยาที่จ่าย ♦3		1+	IN1 DN1	Y
11.	UnitPrice	ราคาขายต่อหน่วย		4+	CR1	Y
12.	ChargeAmt	รวมราคาขาย (QTY * UP)		4+	CR1	Y
13.	ReimbPrice	ราคาต่อหน่วยที่เบิกได้จาก benefitplan		4+	CR1	(y-ni) y
14.	ReimbAmt	ยอดเบิกได้=QTY x RP ของรายการนี้		4+	CR1	Y
15.	PrdSeCode	รหัสการจ่ายยา Generic แทนตามที่ผู้สั่งยากำหนดไว้หรือไม่		1	SE	(o) y
16.	Claimcont	เงื่อนไขการเบิก		2	SE	(o) y
17.	ClaimCat	ประเภทบัญชีการเบิก		3	SE	(o) y
18.	MultiDisp	การจ่ายยาหลายครั้ง ♦1		7	ST	(o) y
19.	SupplyFor	ระบุระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยานี้ ♦2		4	DP1	(o) y

คำอธิบายเพิ่มเติม

♦1 MultiDisp สำหรับกรณีที่ผู้สั่งยาต้องการให้ผู้ป่วยมารับยาครั้งต่อไปโดยไม่ต้องพบผู้สั่งยาอีกครั้ง และสำหรับกรณีแบ่งจ่ายยา

การบันทึกข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ครั้งที่ของการจ่ายยา ระบุเป็นตัวเลข 1 – 9
2. จำนวนครั้งที่ทั้งหมดที่ผู้ป่วยมารับยาได้ ระบุเป็นตัวเลข 1 – 9
3. ระยะเวลาที่ใบสั่งยามีผล อาจระบุได้ 2 แบบ คือ

3.1. ระบุระยะเวลารวม ระบุ "i" ตามด้วยระยะเวลารวม

3.2. ระบุช่วงเวลาหรือความถี่ที่ต้องมารับยา ระบุ "q" ตามด้วยระยะเวลาของความถี่

การบันทึกข้อมูล ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 คั่นด้วยเครื่องหมาย "/" และส่วนที่ 3 อยู่ภายในเครื่องหมาย "[]" ส่วนที่ 3 ต่อท้ายส่วนที่ 2 โดยไม่มีเครื่องหมายคั่น ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งยา ให้ refill ได้ 3 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน โดยไม่ต้องพบแพทย์ ในการจ่ายยาครั้งแรกสถานพยาบาลจะต้องระบุค่าในฟิลด์นี้ เป็น 1/3[i6M] หรือ 1/3[q2M] เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

ในกรณีที่สั่งเพียงครั้งเดียว อาจใส่เป็น 1/1 หรือไม่ใส่ก็ได้ แต่หากเป็นยาที่ใช้ต่อเนื่องสถานพยาบาลจะต้องระบุในส่วนของ SupplyFor เช่น แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยใช้ 3 เดือน สถานพยาบาลจะระบุ 1/1[i3M] หรือ 1/1[q3M] ซึ่งจะตีความได้เหมือนกัน

♦2 SupplyFor ระบุระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยานี้ ค่านี้สัมพันธ์กับ QTY โดย QTY ของรายการ = จำนวนใช้ต่อวัน x จำนวนวันที่ได้จาก SupplyFor. ระยะเวลาแม้จะคล้ายคลึงและใช้ format เดียวกันกับ Dispensing.DayCover แต่จะเป็นของยาเฉพาะรายการนี้และระบุระยะเวลาที่ละเอียดกว่า Dispensing.DayCover ที่ระบุเป็นระยะเวลาของใบสั่งยาโดยรวมที่แพทย์ตั้งใจจะจ่ายให้ ซึ่งมักจะพอใช้ถึงนัดหมายครั้งหน้า

หน่วยของระยะเวลาที่กำหนดไว้ 3 หน่วย เป็นวัน(D), เป็นสัปดาห์(W)=7D หรือเป็นเดือน(M)=4W, 28D (หรือ 30D ถ้าสถานพยาบาลนิยมใช้) กรณีที่ระบุเป็น W หรือ M จะไม่รับเศษ D หรือ W รวมด้วย ตัวอย่างเช่น ใช้ 10D แทนการใช้ 1W3D เศษของวันในหน่วย W หรือ M จะปัดเศษขึ้นหรือลงขึ้นอยู่กับผู้สั่ง โดยในกรณีนี้แนะนำให้เลือกใช้ D ซึ่งเป็นหน่วยละเอียดและจำเพาะเจาะจงที่สุดแทนการใส่เศษ

SupplyFor ที่ระบุนี้ จะมีค่าเท่ากับ 1/1[i....] ของ DispensedItem.MultiDispensed หากสถานพยาบาลจะระบุ 1/1[i....] ไว้ใน MultiDispensed ก็ได้ หรือสถานพยาบาลจะระบุไว้ทั้ง 2 ทั้งฟิลด์ก็ได้

♦3 กรณีใช้ยาไม่เต็มจำนวนของการใช้ยา เป็นการเบิกบางส่วน ซึ่งไม่ใช่หน่วยเต็มของยานั้น จำนวนที่ระบุนี้รวมถึงส่วนที่สูญเสียจากการแบ่งได้

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE

1. PrdCat

รหัสประเภทยา การจำแนกประเภทนี้เน้นเพียงเพื่อแยกประเภทยาหลักๆ ให้เหมาะกับการบริหารจัดการ การเบิกจ่ายในระยะแรก ต่อไปเมื่อมีความชัดเจนในวิธีแบ่งกลุ่มยาต่างๆ และมีระบบเบิกจ่ายยาประเภทอื่นๆ รวมทั้งเวชภัณฑ์แล้ว ก็จะมีการปรับเปลี่ยน data element ที่ใช้กับเวชภัณฑ์และยาประเภทอื่นขึ้นใช้ในชุดนี้ หรืออาจกำหนดเป็น data element ชุดใหม่ก็ได้

สำหรับการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทที่ 3-7 มีข้อยกเว้นการให้ไม่ต้องแจ้งข้อมูลที่อาจจะไม่มี คือ field #4, #5, #7, #8, #9 ส่วนชื่อยาและรายละเอียดประกอบอย่างย่อ ยังให้ส่งเป็น text ไว้ใน field #6 – “dfs text”

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

*1 กรณีที่แม้ว่าสถานพยาบาลผลิตยาขึ้นเอง แต่ได้จำหน่ายยาให้แก่ร้านขายยาหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ให้ถือว่าเป็นยาแผนไทยที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการค้า

*2 สำหรับเวชภัณฑ์ การจัดประเภทเป็นเวชภัณฑ์นี้ ไม่ได้กำหนดเกณฑ์การจัดประเภทอย่างใดเป็นการเฉพาะ ที่กำหนดเป็นรหัสไว้ เพื่อระบุว่าเป็นการขอเบิกเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ซึ่งให้เบิกด้วยรูปแบบข้อมูลชุดนี้ จนกว่าจะมีระบบข้อมูลอื่นที่ใช้เฉพาะกับเวชภัณฑ์มารองรับ

2. PrdSeCode

เป็นรหัสที่ใช้ระบุรายการยาที่ได้มีการจ่ายยา generic แทนที่สั่งไว้หรือไม่ และผลของการจ่ายยาแทนเกิดขึ้นได้หรือไม่เพราะเหตุใด

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

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

รหัส	ความหมาย	DAW description
0	ไม่ต้องจ่ายยาแทน	No product selection indicated
1	ผู้สั่งไม่ให้จ่ายยาแทน	Substitution not allowed by provider
2	ให้แทนได้, ผู้ป่วยขอเลือกยาดันแบบ	Substitution allowed- patient requested product dispensed
3	ให้แทนได้, เภสัชกรเป็นผู้เลือกยาดันแบบ	Substitution allowed- pharmacist selected product dispensed
4	ให้แทนได้, แต่ยาแทนขาดคราวจากห้องยา	Substitution allowed- generic drug not in stock
5	ให้แทนได้, ยาดันแบบถูกใช้เป็นยาแทน	Substitution allowed- brand drug dispensed as generic
6	การแทนยาถูกกำหนดจากที่อื่น	Override

รหัส	ความหมาย	DAW description
7	ไม่ให้จัดแทน, มีกฎข้อบังคับให้ใช้ยาชื่อนี้	Substitution not allowed- brand drug mandated by law
8	ให้แทนได้, แต่ยาแทนขาดตลาดไป	Substitution allowed- generic drug not available in marketplace
9	เหตุอื่น	Other

คำอธิบายเพิ่มเติม:

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

3. Claimcont

รหัสแสดงกฎเกณฑ์ที่ใช้ควบคุมการเบิกยา ยางานตัวถูกกำหนดให้เป็นยาที่มีข้อกำหนดต่างๆในการเบิกยา ที่อาจจะต้องปฏิบัติเป็นกรณีพิเศษ ข้อกำหนดพิเศษนี้กำหนดให้กับยาเป็นรายการเฉพาะ ไม่ได้กำหนดตามกลุ่มคุณสมบัติเช่นตามตัวยาออกฤทธิ์ ทั้งนี้เพราะการควบคุมอาจเป็นการควบคุมยาที่อาจเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเช่น เป็นยาเม็ดละลายเป็นฟองฟู หรือยาริดามินที่มีการส่งเสริมการขายในลักษณะที่เป็นอาหารเสริมสุขภาพ เป็นต้น

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

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

4. ClaimCat

เป็นรหัสที่ใช้แบ่งประเภทบัญชีหรือระบบการรักษาที่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะโรคหรือเป็นการเฉพาะ ข้อมูลนี้มักจะได้นำประกอบกับ claim control บางกรณี หรือได้มาพร้อมกับเอกสารส่งต่อผู้ป่วยหรือเอกสารระบุตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษาเฉพาะโรค เมื่อมีการส่งเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในกรณีเหล่านี้ ขอให้ส่งข้อมูลระบุประเภทบัญชีนี้มาด้วย

สำหรับกรณีการเบิกผู้ป่วยนอกทั่วไป รหัสที่ใช้เป็นปกติคือ OP1

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OP1	OPD ปกติ	ไม่มีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม
OP...	OPD... อื่นๆ	OPD บัญชีอื่นซึ่งอาจมีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม (ยังไม่ได้กำหนด)
RRT	ไตวายเรื้อรัง	ใช้กับการเบิกที่กำหนดวิธีพิเศษของกองทุนนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
P01	OCA	ระบบขออนุมัติใช้ยาส่งผ่านประเภทต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะเช่น ต้องส่ง protocol ของโรคเพื่อพิจารณา
P02	RDP	
P03	DDP	
REF	ส่งต่อ	
EM1	ฉุกเฉิน	
EM2	ฉุกเฉินระยะทาง	
OPF	เบิกเพิ่มแบบเหมาจ่าย	เป็นกรณีมี additional payment แบบเหมาจ่าย เช่น มะเร็งนอก protocol
OPR	เบิกเพิ่มตามอัตรา	เป็นกรณีเบิกเพิ่มเป็นรายการๆ โดยมีอัตราควบคุม เช่น ค่าชุดหินปูน
XX...	บัญชี... ต่างๆ	รหัสการรักษาหรือบัญชีอื่นๆ ที่มี (ยังไม่ได้กำหนด)

8. ชุดธุรกรรมตรวจรักษาผู้ป่วยนอก OPServices:

รายการธุรกรรมตรวจรักษา <OPServices> เป็นแฟ้มที่บรรจุข้อมูลบันทึกการตรวจรักษา การทำหัตถการ พร้อมทั้งบันทึกรหัสวินิจฉัย

8.1 Data element และ format ของรายการใน <OPServices>

#	Element Name	Field Description	Key	len	format	required
1.	Invno	อ้างอิงจาก Billtran.InvNo	FK	9+	ID3	y
2.	SvID	รหัสการให้บริการ ♦1	PK	9+	ID3	y
3.	Class	ประเภทของ Service		2	SE	y
4.	Hcode	สถานพยาบาลที่ให้บริการ		5	HC1	y
5.	HN	เลขประจำตัวผู้ป่วย		5+	ID1	y
6.	Pid	เลขประจำตัวประชาชน		13	ID2	y
7.	CareAccount	แนวการบริหารจัดการบริการที่ใช้		1	SE	y
8.	TypeServ	ลักษณะทาง clinic ของการให้บริการ		2	SE	(o) y
9.	TypeIn	ลักษณะการเข้ารับบริการ		1	SE	(y) n
10.	TypeOut	ลักษณะการสิ้นสุดบริการ		1	SE	(y) n
11.	DTAppoint	วันนัดครั้งต่อไป		10	DT1	(o) y
12.	SvPID	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ		3+	DR1	y
13.	Clinic	แผนกที่ให้บริการ		2	SE	y
14.	BegDT	วัน-เวลาที่เริ่มต้นการให้บริการ		19	DT3	y
15.	EndDT	วันเวลาที่สิ้นสุดการให้บริการ		19	DT3	y
16.	LcCode	รหัสการให้บริการที่สถานพยาบาลกำหนด		9+	ID1	(o) y
17.	CodeSet	ชุดรหัส ของการให้บริการ		2	SE	(o) y
18.	STDCode	รหัสการให้บริการที่เป็นมาตรฐาน		5+	SC	(o) y
19.	SvCharge	ค่าธรรมเนียมผู้ให้บริการ		19	CR1	y
20.	Completion	สถานะของ Service นี้		1	SE	(o) y
21.	SvTxCode	รหัสอ้างอิงจากระบบตรวจ/กำกับ ♦2		5+	ST	(o) y
22.	ClaimCat	ประเภทบัญชีการเบิก ♦3		3	SE	y

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับ data element

♦1 SvID (Service ID) เป็น key ที่สร้างขึ้นมาใช้กับบันทึกการให้บริการผู้ป่วยโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่หน่วยบริการแห่งหนึ่งในสถานพยาบาล ณ เวลาช่วงหนึ่งๆ

♦2 SvTxCode (Service Transaction Code) เป็นรหัสอ้างอิงที่ได้จากการขออนุมัติ, การลงทะเบียน, การแจ้ง, การตอบกลับ ฯลฯ ที่ระบบธุรกรรมที่ควบคุมการเบิกจ่ายส่งกลับมาให้เพื่อใช้เป็นหลักฐานชี้ว่าธุรกรรมได้ทำขั้นตอนที่กำหนดสำเร็จ ตัวอย่างของ SvTxCode ที่มีใช้อยู่ เช่นการลงทะเบียน OCPA, XXPA, ยากลับบ้าน เป็นต้น

♦3 รายการบริการใดๆ ที่บันทึกและแจ้ง ที่สามารถเบิกได้มากกว่า 1 บัญชีจ่าย (ClaimCat มากกว่า 1 กรณี) ให้บันทึกเป็นรายการเดียว แล้วระบุ ClaimCat ที่มีทั้งหมด และไม่ต้องต้องแบ่งส่วนให้กับบัญชีเบิกแต่ละบัญชี ระบบเบิกจะคำนวณการแบ่งส่วนให้ตามเกณฑ์

กรณีที่มีการเบิกในส่วนเหมาจ่าย ร่วมกับการเบิก ClaimCat อื่นด้วย ให้ระบุบัญชี ClaimCat อื่น (ไม่ต้องระบุ ClaimCat = เหมาจ่าย) และหาก ClaimCat อื่นที่ไม่ใช่เหมาจ่ายมีมากกว่า 1 บัญชี ให้สถานพยาบาลระบุทั้งหมด โดยเรียงลำดับ ClaimCat ที่สำคัญที่สุดมาก่อน และคั่นด้วย "," (Comma) ไปเรื่อยๆ

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE

สำหรับรูปแบบ SE เป็น Code Set ที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเอกสารนี้ โดยรหัสและความหมายของ Code Set กำหนดดังนี้

1. Class

ประเภทของการบริการ ในระยะแรกให้บันทึกเฉพาะการตรวจรักษาและการทำหัตถการเท่านั้น

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OP	หัตถการ	
EC	การตรวจรักษา	
LB	Lab	
XR	การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	
IV	การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษอื่นๆ	
ZZ	อื่นๆ ที่ยังไม่กำหนด	

2. CareAccount

CareAccount แนวการบริหารจัดการบริการที่ใช้ ระบุประเภทของสถานพยาบาลที่รักษา โดยกำหนดเป็นรหัส ดังนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
1	สถานพยาบาลหลัก	
2	สถานพยาบาล Supra	
3	สถานพยาบาลเครือข่าย	
9	สถานพยาบาลอื่นๆ	

3. TypeServ

TypeServ ใช้ระบุประเภทการให้บริการในครั้งนี้ โดยในระยะแรกสถานพยาบาลสามารถเลือกส่งได้ และรอจนกว่าจะมีการประกาศอย่างชัดเจนอีกครั้ง หากสถานพยาบาลที่ต้องการส่ง TypeServ ให้ใช้รหัสในตารางข้างล่างนี้ ส่วนสถานพยาบาลที่ยังไม่ส่งข้อมูลในฟิลด์นี้ให้เว้นว่างไว้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
01	พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคครั้งแรก	
02	พบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาโรคทั่วไป	
03	พบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาโรคเรื้อรัง	
04	ปรึกษาแพทย์(Consultation)	
05	รับบริการกรณีฉุกเฉิน	
06	ตรวจสุขภาพทั่วไป	
07	ตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา	
08	รับการอบรมความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	

4. TypeIn

TypeIn ใช้ระบุประเภทการเข้ารับบริการในครั้งนี้ กำหนดเป็นรหัสซึ่งอ้างอิงมาจากกระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะแรกนี้จะให้ใส่ข้อมูลในฟิลด์นี้ไปก่อนและจะเลิกใช้เมื่อมีการประกาศ TypeServ ที่ชัดเจนแล้ว

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
1	เข้ารับบริการเอง	
2	เข้ารับบริการตามนัดหมาย	
3	รับส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่น	
4	เข้ารับบริการแบบฉุกเฉิน	
9	อื่นๆ	อื่นๆที่ไม่ได้กำหนดไว้ในข้างต้น

5. TypeOut

TypeOut ใช้ระบุประเภทการสิ้นสุดการรับบริการในครั้งนี้ กำหนดเป็นรหัสซึ่งอ้างอิงมาจากกระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะแรกนี้จะให้ใส่ข้อมูลในฟิลด์นี้ไปก่อนและจะแก้ไขเมื่อมีการประกาศ TypeServ ที่ชัดเจนแล้ว

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
1	จำหน่ายกลับบ้าน	
2	รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน	
3	ส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น	
4	เสียชีวิต	
5	หนีกลับ	
9	อื่นๆ	อื่นๆที่ไม่ได้กำหนดไว้ในข้างต้น

6. Clinic

Clinic ใช้ระบุแผนกหรือสถานที่ในการให้บริการ โดยกำหนดเป็นรหัส ดังนี้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
00	ไม่แบ่งแผนก	
01	อายุรกรรม	
02	ศัลยกรรม	
03	สูติกรรม	
04	นรีเวชกรรม	
05	กุมารเวช	
06	โสต ศอ นาสิก	
07	จักษุ	
08	ศัลยกรรมกระดูก	
09	จิตเวช	
10	รังสีวิทยา	
11	ทันตกรรม	
12	ฉุกเฉิน	
99	อื่นๆ	

7. CodeSet

ชุดรหัส ของการให้บริการ ใช้ระบุ ว่า STDCode เป็นรหัสมาตรฐานของ CodeSet ไດ

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
IN	ICD-9-CM	
LC	Loinc	Logical Observation Identifiers Names and Codes
TT	ICD-10-TM	เฉพาะ code ที่เป็นหัตถการ
...	(ยังไม่กำหนด)	

8. Completion

ในกรณีที่มีการให้บริการชนิดเดียวกันต่อเนื่อง(หลายครั้ง) เพื่อบ่งบอกว่า บริการนั้นสิ้นสุดแล้วหรือยัง

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
Y	ผู้ป่วยได้รับการครบแล้ว	
N	บริการนี้ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องมารับบริการเพิ่มภายหลัง	

9. ClaimCat

เป็นรหัสที่ใช้แบ่งประเภทบัญชีหรือระบบการรักษาที่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะโรคหรือเป็นการเฉพาะ ข้อมูลนี้มักจะได้มาประกอบกับ claim control บางกรณี หรือได้มาพร้อมกับเอกสารส่งต่อผู้ป่วยหรือเอกสารระบุตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษาเฉพาะโรค เมื่อมีการส่งเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในกรณีเหล่านี้ ขอให้ส่งข้อมูลระบุประเภทบัญชีนี้มาด้วย

สำหรับกรณีการเบิกผู้ป่วยนอกทั่วไป รหัสที่ใช้เป็นปกติคือ OP1

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
OP1	OPD ปกติ	ไม่มีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม
OP...	OPD... อื่นๆ	OPD บัญชีอื่นซึ่งอาจมีข้อกำหนดที่ต้องทำเพิ่มเติม (ยังไม่ได้กำหนด)
RRT	ไตวายเรื้อรัง	ใช้กับการเบิกที่กำหนดวิธีพิเศษของกองทุนนี้
P01	OCPA	ระบบขออนุมัติใช้ยาส่งผ่านประเภทต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะเช่น ต้องส่ง protocol ของโรคเพื่อพิจารณา
P02	RDPA	
P03	DDPA	
REF	ส่งต่อ	
EM1	ฉุกเฉิน	
EM2	ฉุกเฉินระยะทาง	
OPF	เบิกเพิ่มแบบเหมาจ่าย	เป็นกรณีมี additional payment แบบเหมาจ่าย เช่น มะเร็งนอก protocol
OPR	เบิกเพิ่มตามอัตรา	เป็นกรณีเบิกเพิ่มเป็นรายการๆ โดยมีอัตราควบคุม เช่น ค่าชุดหินปูน
XX...	บัญชี... ต่างๆ	รหัสการรักษาหรือบัญชีอื่นๆ ที่มี (ยังไม่ได้กำหนด)

8.2 Data element และ format ของรายการใน <OPDx>

#	Element Name	Field Description	Key	len	format	required
1.	Class	อ้างอิงจาก OPServices.Class		2	SE	y
2.	SvID	อ้างอิงจาก OPServices.SvID	FK	9+	ID3	y
3.	SL	ลำดับความสำคัญของการวินิจฉัย ♦1		1	SE	y
4.	CodeSet	ชุดรหัสวินิจฉัยที่ใช้ใน code ตามบัญชี diagnosis code set		2	SE	y
5.	Code	Diagnosis code		7	SC	y
6.	Desc	คำอธิบายเพิ่มเติม (ถ้ามี)		10+	ST	(o) n

คำอธิบายเพิ่มเติม

♦1 สถานพยาบาลจะต้องเรียงลำดับความสำคัญของรหัสวินิจฉัย ตั้งแต่ ลำดับที่ 1 – 9 โดยรหัสการวินิจฉัยที่มีระดับความสำคัญเท่ากัน สถานพยาบาลกำหนดความสำคัญเท่ากันได้

คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับฟิลด์ที่มีรูปแบบเป็น SE

สำหรับรูปแบบ SE เป็น Code Set ที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเอกสารนี้ โดยรหัสและความหมายของ Code Set กำหนดดังนี้

1. SL แต่ละลำดับมีมากกว่า 1 การวินิจฉัยได้

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
1	ความสำคัญลำดับที่ 1	สำคัญมากที่สุด
2	ความสำคัญลำดับที่ 2	
3	ความสำคัญลำดับที่ 3	
4	ความสำคัญลำดับที่ 4	
5	ความสำคัญลำดับที่ 5	
6	ความสำคัญลำดับที่ 6	
7	ความสำคัญลำดับที่ 7	
8	ความสำคัญลำดับที่ 8	
9	ความสำคัญลำดับที่ 9	สำคัญน้อยที่สุด

2. CodeSet

ชุดรหัส ของการให้บริการ ใช้ระบุ STDCode เป็นรหัสมาตรฐานของ CodeSet ไດ

รหัส	ความหมาย	คำอธิบายเพิ่มเติม
IT	ICD-10	
SN	SNOMED	
TT	ICD-10-TM	
...	(ยังไม่กำหนด)	