

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๒๖/ว ๖๓๖๖



สำนักงานประกันสังคม

ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๕

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งอัตราและแนวปฏิบัติในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ ๒) ปี ๒๕๖๗ พร้อมทั้งแจ้งการปรับเปลี่ยนการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ในระบบประกันสังคม

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมทุกแห่ง

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวปฏิบัติในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ ๒)

ตามประกาศที่อ้างถึง กำหนดให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานประกันสังคม โดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ขอเรียนดังนี้

๑. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ ๒) ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะจ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท/AdjRW โดยเริ่มมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ได้จัดทำแนวปฏิบัติในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ ๒) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

๒. การปรับเปลี่ยนการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจาก Thai Diagnosis Related Group Version 6.2 เป็น Version 6.3 เพื่อเป็นเครื่องมือในการคำนวณจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Relative Groups : DRGs) ในระบบประกันสังคม ให้มีความสอดคล้องกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ ต้นทุนและทรัพยากรทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลใช้ในการรักษาโรคปัจจุบัน เพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีใหม่ของโรงพยาบาล และได้ข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งส่งผลต่อการนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลต่อไป

โดยให้...

โดยให้มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ สำหรับการรายงานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ประเภท
ผู้ป่วยในที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ปี ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๑๖ - ๗

โทรสาร ๐ ๒๙๕๖ ๒๔๙๓

แนวปฏิบัติในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ 2)

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราเจ็ดร้อยสี่สิบหกบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

1. อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW $\geq$ 2) ดังนี้

1.1 จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ ที่รักษาเองหรือส่งไปยังสถานพยาบาลอื่น ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW หากสิ้นปีมีเงินงบประมาณคงเหลือหรือไม่เพียงพอให้เฉลี่ยจ่ายให้กับสถานพยาบาลแล้วไม่เกิน 15,000 บาท/AdjRW

1.2 จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW ทั้งนี้ ต้องไม่เกินจำนวนเงินที่ปรากฏในใบเสร็จรับเงิน กรณีที่มีส่วนเกินผู้ประกันตนรับผิดชอบเอง

2. วิธีการดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ

2.1 สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ รายงานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในผ่านรูปแบบโครงสร้าง All In-patient Claim Data File Specification : AIPN แทนการใช้โปรแกรม SIP09 กับผู้ป่วยที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 เป็นต้นไป โดยจะต้องส่งข้อมูลฯ ภายใน 2 เดือนถัดจากเดือนที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล (เช่น จำหน่ายเดือนเมษายน ต้องส่งข้อมูลภายในเดือนมิถุนายน) กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ ส่งไปยังสถานพยาบาลอื่นต้องส่งข้อมูลฯ ภายในเดือนกุมภาพันธ์ของปีถัดจากปีที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาลให้กับสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ และจัดทำสำเนาเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บไว้ ณ สถานพยาบาลเพื่อการตรวจสอบ

2.2 สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพจะต้องตรวจสอบข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ตามแนวปฏิบัติในการรายงานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ให้ถูกต้องก่อนส่งให้สำนักงานประกันสังคม โดยจัดทำข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (AdjRW $\geq$ 2) ซึ่งต้องตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ประกันตนและการวิเคราะห์การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรค พร้อมทั้งรูปแบบข้อมูลตามที่กำหนด ถ้าหากข้อมูลไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด จะประสานสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ เพื่อตรวจสอบอีกครั้ง ถ้าข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะไม่นำส่งข้อมูลให้กับสำนักงานประกันสังคม

2.3 สำนักงานประกันสังคมรับข้อมูลจากสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพและตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 1.1

2.4 กรณีที่สำนักงานประกันสังคมตรวจสอบพบว่ามีกรณีเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ 72 ชั่วโมง ชำซ้อน สำนักงานประกันสังคมจะดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาลโดยการหักกลบหรือปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

2.5 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ($AdjRW \geq 2$) จะประมวลผลข้อมูลเป็นงวดตาม Statement ที่สถานพยาบาลส่งให้กับสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ โดยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะข้อมูลที่บันทึกถูกต้อง เป็นไปตามเงื่อนไข และส่งข้อมูลทันตามกำหนดระยะเวลา

2.6 กรณีงบประมาณคงเหลือไม่เพียงพอที่จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในอัตราที่กำหนด สำนักงานประกันสังคมจะดำเนินการนำเงินงบประมาณคงเหลือมาหารด้วยจำนวนค่า $AdjRW \geq 2$ ที่ค้างจ่าย เพื่อคำนวณอัตราจ่ายให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ ทั้งนี้ อาจมีผลให้การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ล่าช้ากว่าปกติ

2.7 กรณีที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงครบทุกรายการแล้ว หากสิ้นปีมีเงินงบประมาณคงเหลือจะเฉลี่ยคืนให้กับสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ เฉพาะรายการที่บันทึกถูกต้อง เป็นไปตามเงื่อนไข และส่งข้อมูลทันตามกำหนดระยะเวลา โดยนำน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สถานพยาบาลให้บริการตลอดทั้งปีหารด้วยกรอบวงเงินที่กำหนดแต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท/ $AdjRW$

2.8 เมื่อสำนักงานประกันสังคมเรียกเงินคืนจากการตรวจสอบข้อมูลจะเฉลี่ยคืนให้กับสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ เฉพาะรายการที่บันทึกถูกต้อง เป็นไปตามเงื่อนไข และส่งข้อมูลทันตามกำหนดระยะเวลา โดยคำนวณภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณที่มีอยู่แต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท/ $AdjRW$

2.9 กรณีสถานพยาบาลขอแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ AIPNePAC จะเป็นการแก้ไขเพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ทางสำนักงานประกันสังคมจะไม่ได้นำมาพิจารณาจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ เนื่องจากถูกจำกัดด้วยวงเงินงบประมาณของแต่ละปี โดยสำนักงานประกันสังคมจะต้องดำเนินการตามข้อ 2.5 – 2.8

3. วิธีการดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน กรณีผู้ประกันตนประสงค์เข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น

3.1 ผู้ประกันตนยื่นเอกสารขอรับประโยชน์ทดแทน ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานคร พื้นที่/จังหวัด/สาขา พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา เช่น เวชระเบียน ใบเสร็จค่ารักษาต้นฉบับ ฯลฯ

3.2 สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา ดำเนินการตรวจสอบสิทธิการเป็นผู้ประกันตน พิจารณาข้อเท็จจริงหากพบว่าผู้ประกันตนประสงค์เข้ารับการรักษาพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิฯ และไม่ใช่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ 72 ชั่วโมง ให้ส่งเรื่องหารือสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

3.3 สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ส่งเรื่องให้แพทย์ในโครงการของสำนักงานประกันสังคม ดำเนินการตรวจเวชระเบียนและพิจารณาคิดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ($AdjRW$) ซึ่งหากมีค่า $AdjRW \geq 2$ จะนำมาคำนวณเพื่อจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 1.2 แต่หากคิดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนแล้ว มีค่า $AdjRW < 2$ ปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

3.4 หากพบว่ารายการใดที่ต้องเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ จะส่งเรื่องให้สำนักสิทธิประโยชน์เพื่อพิจารณาดำเนินการจ่ายค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ ตามประกาศกำหนด

3.5 เมื่อสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ดำเนินการขออนุมัติจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เรียบร้อยแล้ว จะส่งเรื่องให้สำนักสิทธิประโยชน์ทำการบันทึกข้อมูลในระบบ Sapiens เพื่อให้เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา สามารถเข้าไปตรวจสอบในหน้าประวัติการขอรับประโยชน์ทดแทนโดยดูจากเลขที่รับแจ้งล่าสุดของสำนักสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนรายใดมีการจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามข้อ 3.4 สำนักสิทธิประโยชน์จะทำการบันทึกและสามารถตรวจสอบได้เช่นเดียวกัน

กลุ่มงานพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
ณ วันที่ 25 มกราคม 2567
โทร 0 2956 2516 – 7