



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โซนทิศใต้ (อาคารจอดรถ) “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช. 5.42 / ๑,๐154

10 เมษายน 2558

เรื่อง แจ้งข้อตกลงเรื่องแนวทางการจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม OP BKK Claim

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกรุงเทพมหานครทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อตกลงเรื่องแนวทางการจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม OP BKK Claim

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง (ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข, ผู้ประกอบกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่น และโรงพยาบาล) เพื่อหาข้อตกลงเรื่องแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีผู้ป่วยที่ใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในวันอังคารที่ 17 กุมภาพันธ์ 2558 ณ โรงแรมทีเคพาเลซ กรุงเทพมหานคร และได้นำข้อตกลงดังกล่าวเสนอในวาระการประชุมคณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากทม. ครั้งที่ 2/2558 วันที่ 23 มีนาคม 2558 และ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2558 วันที่ 31 มีนาคม 2558 เพื่อพิจารณา

มติที่ประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2558 วันที่ 31 มีนาคม 2558 ได้เห็นชอบตามข้อตกลงที่เสนอ ในการนี้ สำนักงานฯ จึงขอแจ้งข้อตกลงเรื่องแนวทางการจ่ายค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม OP BKK Claim เพื่อให้ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล และคลินิก รับทราบและถือปฏิบัติ รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

1/1 ๕๕๕๕

(นายทวี วีระเศรษฐกุล)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานบริหารกองทุน

โทร. 02-142-0954 โทรสาร. 02-1438772-3

ผู้รับผิดชอบ นางสาวนภลัย มากบ้านดอน

ข้อตกลงแนวทางการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. กรณีผู้ป่วยมารับบริการ 2 visit ใน 1 วัน หรือ รับบริการ 2 แผนกในวันเดียวกัน
 - 1.1 การรับบริการรักษาโรคทั่วไป และ รับบริการทันตกรรม (ที่ประชุมฯตกลงว่าให้จ่ายชดเชยทั้ง 2 visit)
 - 1.2 กรณีที่มีข้อตกลงการจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง (ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้หน่วยบริการประจำตามจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท เฉพาะvisit แรก ส่วน visit ที่ 2 ไม่ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท)
 - 1.3 กรณี visit ที่ 2 ไม่ใช่บริการด้านทันตกรรม ขอให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้การรักษามั่นึกชี้แจงรายละเอียดในโปรแกรม OP BKK Claim หัวข้อ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เพื่อให้หน่วยบริการประจำพิจารณา
2. กรณีการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยไม่มีใบส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ (ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการด้านทันตกรรมที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้โดยไม่ต้องมีใบส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ)
3. การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (50 บาท)
 - 3.1 กรณีให้บริการผู้ป่วย แต่ไม่มีการจ่ายยาหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ฟังผลเลือดหรือผลเอกซเรย์แล้วไม่มีค่าใช้จ่ายค่า lab หรือค่ายา (ที่ประชุมฯเห็นชอบให้ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถเรียกเก็บเงิน “ค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท” ได้ในกรณีที่พบแพทย์) กรณีเหมาจ่าย visit ละ 120 บาท ศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับชดเชย 120 บาท กรณีจ่ายตามจริง ศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับชดเชย 50 บาท
 - 3.2 กรณีมารับบริการ แต่ไม่ได้พบแพทย์ เช่น เจาะเลือด, X-ray, ทำแผล , นัดฉีดยา (ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้เรียกเก็บเฉพาะค่าบริการตามกิจกรรมนั้นๆ : ค่าเจาะเลือด ค่าX-ray ค่าทำแผล)
4. กรณีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
 - 4.1 ถ้าการตรวจในครั้งนั้นเกี่ยวกับการรักษาโรคของผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถเรียกเก็บค่าบริการ จากหน่วยบริการประจำได้
 - 4.2 กรณีที่ผู้ป่วยขอตรวจเลือด/ขอตรวจสุขภาพประจำปี และไม่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจเลือด ศูนย์บริการสาธารณสุข ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการกับหน่วยบริการประจำได้
 - 4.3 หากเป็นการตรวจสุขภาพตามเงื่อนไข P&P ที่กำหนดไว้ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเรียกเก็บค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (ในโปรแกรม BPPDS)
5. ใบส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล
 - 5.1 กรณีแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาเห็นสมควรส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาล แพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถ ออกหนังสือส่งต่อได้ โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปขอหนังสือส่งตัวที่หน่วยบริการประจำ
 - 5.2 ผู้ป่วยขอหนังสือส่งต่อ หากศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถรักษาได้ ไม่เกินศักยภาพ ขอให้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้การรักษาเองโดยไม่ต้องส่งต่อ

- 5.3 กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วมีการนัด โดยให้ผู้ป่วยไปเจาะ Lab ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อน (ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการเจาะ Lab จากหน่วยบริการประจำได้ โดยศูนย์บริการสาธารณสุขต้องระบุเหตุผลชี้แจงในอาการสำคัญให้ชัดเจน)
- 5.4 กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขออกหนังสือส่งต่อ (สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อตกลงจ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงให้เรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท จากหน่วยบริการประจำ)
- 5.5 กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขออกหนังสือส่งต่ออย่างเดียวโดยไม่มีรักษาหรือจ่ายยาใดๆเลย (สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อตกลงการจ่าย 120/visit ให้มีการจ่าย 120 บาท)
6. กรณีผู้ป่วยมารับยาก่อนวันนัด ให้ระบุเหตุผลในหัวข้ออาการสำคัญ
7. กรณีการให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง
- การปฏิเสธการจ่ายด้วยเหตุผล “จ่ายยาเกินการวินิจฉัย” เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค หรือการให้รหัสโรคไม่ครบถ้วน (ที่ประชุมฯ มีความเห็นชอบว่าให้ปรับปรุง/แก้ไขข้อความ “การจ่ายยาไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค”
 - กรณีที่หน่วยบริการประจำปฏิเสธว่า การให้รหัสโรคไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส เช่น การให้รหัสสาเหตุภายนอกที่ทำให้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสขาดตำแหน่งที่ 4,5 (ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้อนุมัติจ่าย เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความเข้าใจทางวิชาการในการให้รหัสโรค)
8. กรณีที่หน่วยบริการประจำปฏิเสธการจ่ายยา HUMULIN 70/30 CARTRIDGE 3 ML แบบปากกา (ศูนย์บริการสาธารณสุขได้ชี้แจงเหตุผลในการให้ผู้ป่วย ที่ประชุมฯ เห็นชอบให้อนุมัติจ่ายให้ศูนย์บริการสาธารณสุข)
9. กรณีการอุทธรณ์ให้อุทธรณ์ผ่านโปรแกรม OP BKK claim
10. กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลตลอด ขอให้แนะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกที่เป็นหน่วยบริการประจำ โดยแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสรุปข้อมูลการรักษาผู้ป่วยให้แพทย์ที่คลินิกทราบ
11. ให้สำนักงานฯ จัดประชุมศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลภาครัฐ เพื่อหารือเรื่องค่าบริการจิตบำบัด ภายภาพบำบัด รวมถึงข้อเสนอในการปรับปรุงอัตราค่าบริการต่อการครั้ง