

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5267
วันที่ 29 14 65
เวลา 14-26 น

ที่ สปสช. ๖.๗๐ /ร ๗๑๐ ๗

๒๓

กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสำเนาเวชระเบียน เพื่อประกอบการพิจารณาค่าบริการผู้ป่วยในเพิ่มเติม กรณีบริการรักษาด้วยโรคที่มี
ค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ข้อมูลบริการที่เข้าเกณฑ์บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)
๒) ใบนำส่งเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณากรณีค่าใช้จ่ายสูง ORS

ตามที่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการ
รักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีดังกล่าว
โดย สปสช. ได้คัดเลือกรายการบริการที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนดเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier
Reimbursement Schedule : ORS) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ สปสช.
จึงขอให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอรับค่าใช้จ่ายกรณีดังกล่าวมายัง สปสช. โดยแนบสำเนาเวชระเบียนและ
ข้อมูลประกอบอื่นๆ ปรากฏรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) และ ๒) ทั้งนี้ ขอให้หน่วยบริการนำส่งข้อมูลใน
รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ โดย scan เวชระเบียนแยกไฟล์เป็นข้อๆตามรูปแบบที่กำหนด แล้วไรท์ใส่แผ่น CD
ส่งมายัง สปสช. ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อการตรวจสอบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
- ☒ เพื่อโปรดทราบ
 - ☒ เพื่อโปรดพิจารณา
 - ☒ เห็นความชอบ.....อานพวง
 - ☐ อื่นๆ

ขอแสดงความนับถือ

(นางเบญจมาศ เลิศชาคร)

ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(นายราเชษฎ์ ชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๔ ๐๕๐๕

e-mail : providercenter@nhso.go.th

ผู้รับผิดชอบ นางสาวบังอร บุระพิน / นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์

29 ก.ย. 2565

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.

ข้อมูลบริการที่เข้าเกณฑ์ ค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS)

ลำดับ	เขต	จังหวัด	HCODE	HNAME	HN	AN	DATEADM	DATEDSC
1	06	ระยอง	10870	รพ.อรัญประเทศ	420027650	640013513	25641004	25650313

ใบนำส่งเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ORS (Outlier Reimbursement Schedule)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... HN..... AN.....

วันที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน..... วันที่จำหน่ายผู้ป่วย.....

ลำดับ	เอกสาร	จำนวนหน้า
1	ใบสรุปเวชระเบียนโดยแพทย์ *	Physician discharge summary
2	ใบสรุปเวชระเบียนทางคลินิก	Clinical discharge summary
3	หนังสือส่งต่อผู้ป่วย **	Referring letter sheet
4	ใบบันทึกแรกรับ (แพทย์) *	Admission note (History record, Physical examination: record by physician)
5	ใบบันทึกความก้าวหน้า (แพทย์) *	Progress note
6	รายงานการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ **	Consultation report
7	แบบบันทึกการให้บริการวิสัญญี **	Anesthesia record
8	รายงานการผ่าตัด **	Operation report, Operative note
9	รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา **	Pathology report
10	รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **	Laboratory report: Chemistry, Hematology ,
11	รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา **	Radiologic report: X-ray, US, CT, MRI ,
12	รายงานการให้เลือด **	Blood transfusion report
13	รายงานผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ** เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, คลื่นไฟฟ้าสมอง	Special investigation report: Electrocardiogram, Electroencephalogram ,
14	ใบสั่งการรักษาของแพทย์ *	Doctor's orders
15	แบบบันทึกบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู **	Rehabilitation record: Physiotherapy, Occupational Therapy, Speech Therapy
16	ใบบันทึกพยาบาล *	Nurses' notes
17	ฟอร์มปรอท *	Graphic record
18	แบบบันทึกการให้ยา *	Medication chart
19	แบบสรุปการให้และการสูญเสียสารน้ำ **	Fluid balance summary
20	แบบบันทึกผู้ป่วยเบาหวาน **	Diabetic chart
21	แบบบันทึกผู้ป่วยนอกในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนี้ *	OPD record (related to this admission)
22	ใบสรุปค่าใช้จ่ายรายหมวด *	Billing summary sheet
23	รายละเอียดค่าใช้จ่ายตามรายการ *	Billing items sheets
24	เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)	Other documents (if any)

หมายเหตุ

1. ความหมายของเครื่องหมาย

* ต้องส่งในผู้ป่วยทุกราย

** ต้องส่งในรายที่มีการดูแลในเรื่งดังกล่าว เช่น ถ้ามีการผ่าตัด ต้องส่งรายงานการผ่าตัดมาด้วย

2. ถ้าไม่มีเอกสารในรายการใดให้ระบุ ว่า “ไม่มี”

3.ให้นำส่งเอกสารของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ โดย scan เวชระเบียนของผู้ป่วยแยกไฟล์เป็นข้อๆตามรูปแบบที่ สปสช.กำหนด แล้วไรท์ใส่แผ่น CD ส่งมายัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาคารรวมหน่วยงานราชการ 120 หมู่ 3 ถนน แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

กรุณาระบุ ชื่อผู้รับผิดชอบ

หน่วยงาน

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้