ประชุมชี้แจง

การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น

11 พฤษภาคม 2565

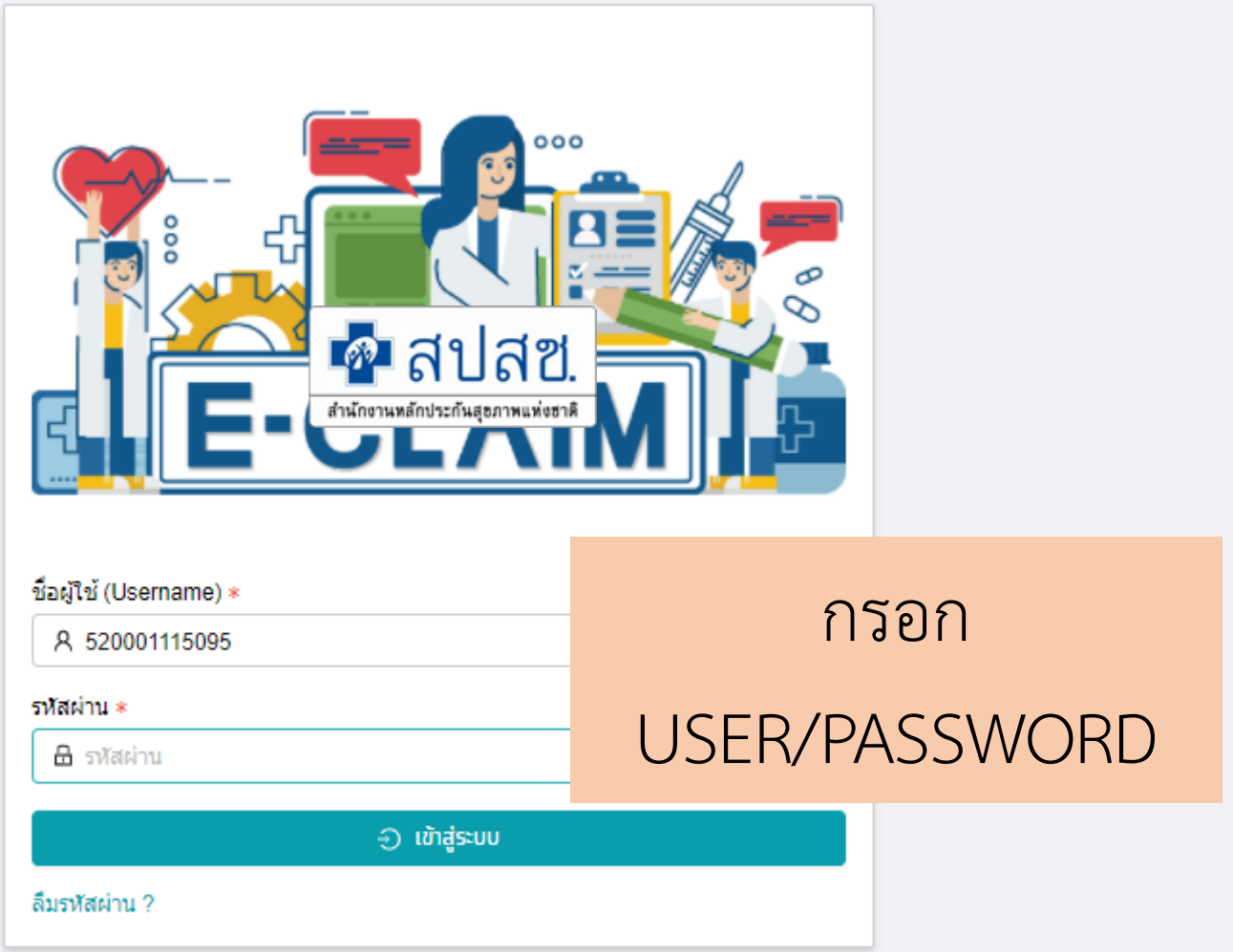
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศการเบิกจ่ายกองทุน สายงานบริหารกองทุน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบันทึกเบิกในระบบ e-Claim

การเข้าใช้งานระบบโปรแกรม e-Claim

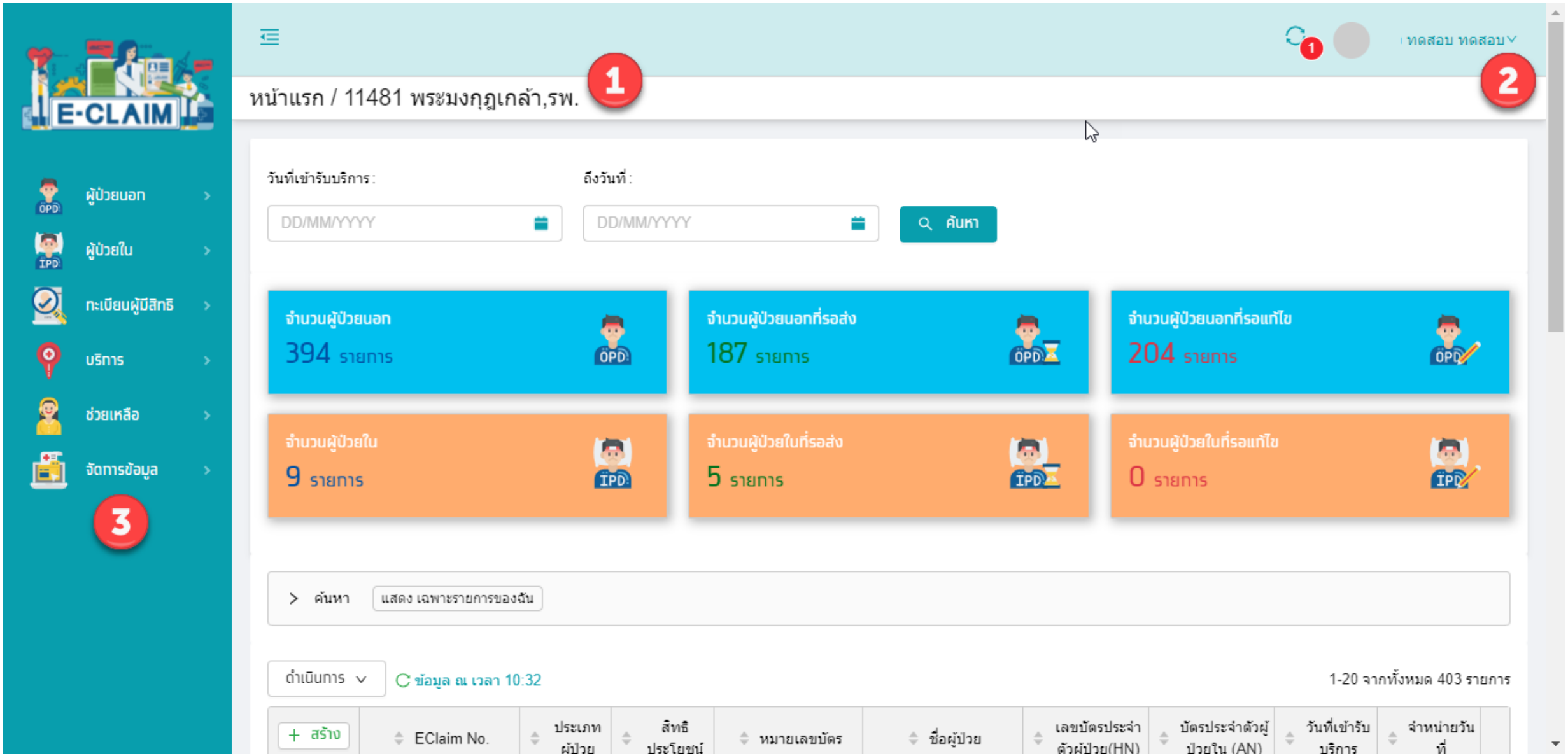
URL: https://eclaim.nhso.go.th/Client



กรอก

USER/PASSWORD

รายละเอียดของหน่วยบริการ และเจ้าหน้าที่ ที่เข้าใช้งานระบบ



1 ค่าบริการคนไทยทุกสิทธิ

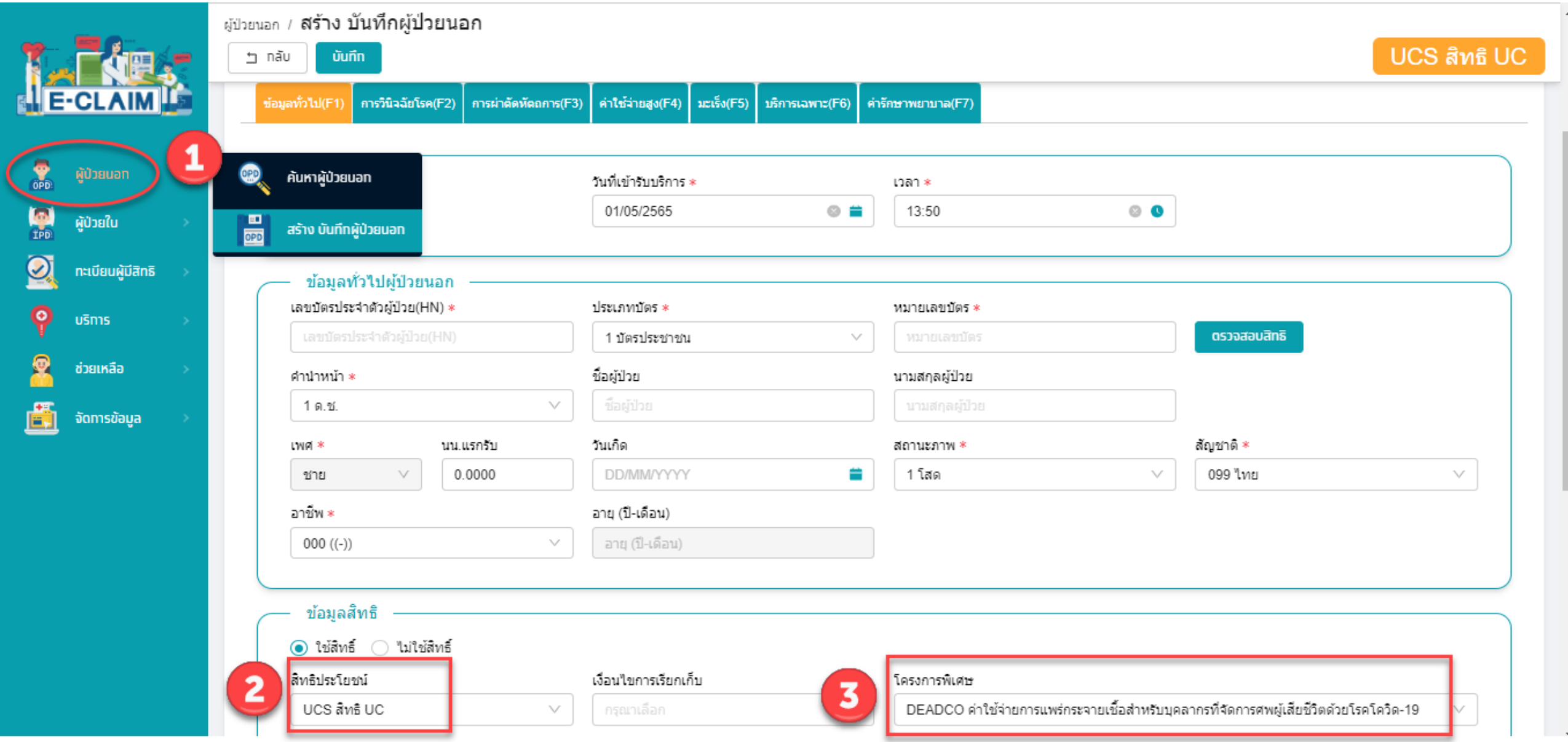
บันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim เฉพาะรายการที่

3. ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อผู้เสียชีวิต

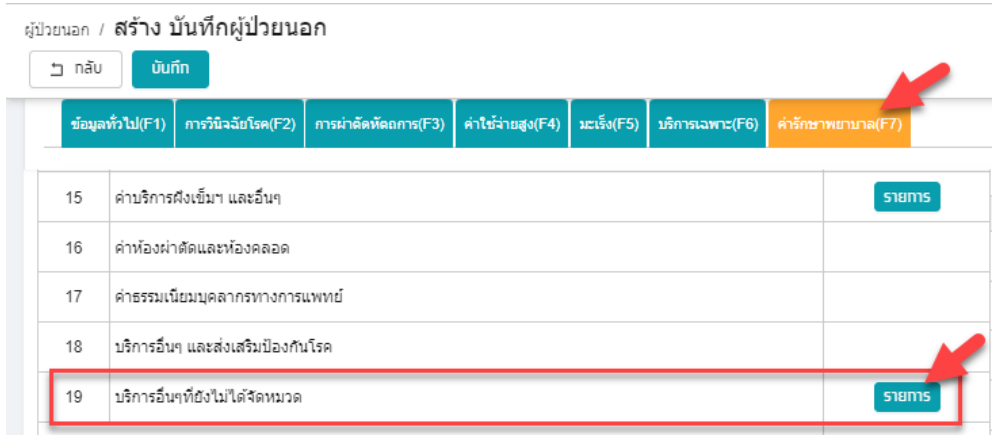
การบันทึกเบิกกรณี ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต

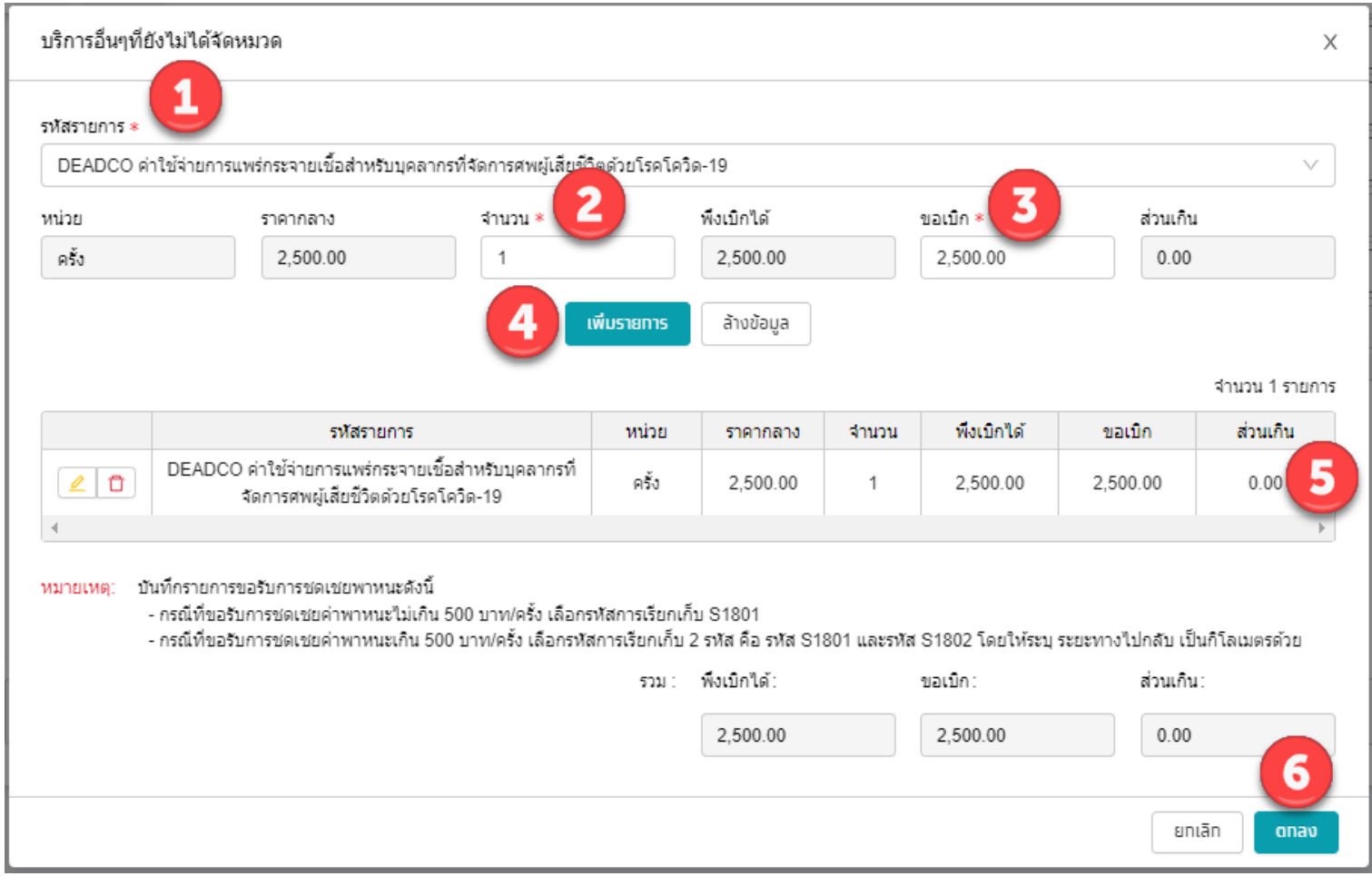
1. ประเภทข้อมูล **เลือกเป็น OPD**
2. สิทธิประโยชน์ **เลือกเป็น สิทธิ UCS ทุกราย**
3. บันทึก **รหัสโครงการพิเศษเป็น DEADCO : ค่าบริการจัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19**
4. บันทึก **รหัสเบิก DEADCO ที่หมวด 19 บริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด**
5. บันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

การบันทึกเบิกกรณี ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต



การบันทึกรหัสเบิกกรณี ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต





2 การรักษาสิทธิ UC

2 สิทธิ UC การรักษา

2.1

หน่วยบริการในระบบ UC

ผู้ป่วยนอก และใน
สถานพยาบาล
ณ ที่พำนักของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 1 : ไม่มีอาการหรือสบายดี และ กลุ่มที่ 2 : มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

1. ค่าตรวจLab โดยใช้ชุดตรวจ ATK) ชนิด professional test ในอัตรา 200 บาท
2. ค่าบริการ OP-Self Isolation โดยหน่วยบริการ จ่ายในอัตรา 500 บาทต่อราย / ร้านยา จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อราย

กลุ่มที่ 3 : มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง หรือกลุ่มที่มีปอดอักเสบแต่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน (HI/CI/Hotel) มีผลถึง 31 พค.65

HI ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบไม่จัดอาหาร
1. ดูแลจำนวน 1-6 วัน เหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาทต่อราย
2. ดูแลการตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา 8,000 บาทต่อราย

CI/Hotel ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบจัดอาหาร 3 มื้อ
1. ดูแลการ จำนวน 1-6 วัน เหมาจ่ายในอัตรา 6,000 บาท ต่อราย
2. ดูแลการ ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา 12,000 บาทต่อราย

2.2

กลุ่มที่4 : มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน จ่ายระบบ DRGs และเพิ่มเติม

1. ค่าตรวจ Lab ATK ชนิด professional test 200 บาท , RT-PCR 900 บาท
2. ค่ายาโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200บาทต่อราย (ยาฟ้าทลายโจร 120 บาท)
3. ค่าห้อง และค่าใช้จ่ายป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

รายการ	เตียงระดับ 1	เตียงระดับ 2.1	เตียงระดับ 2.2	เตียงระดับ 3
ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร	จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาทต่อวัน
ศช.เกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	จ่ายตามจริงไม่เกิน 150 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,750 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 11,000 บาทต่อวัน

2.3

ค่าพาหนะรับส่งต่อ

เฉพาะการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยใน รพ.

กรณีรถยนต์

- จ่ายตามระยะทาง-ไปกลับ
- ค่า PPE รวมทำความสะอาด จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

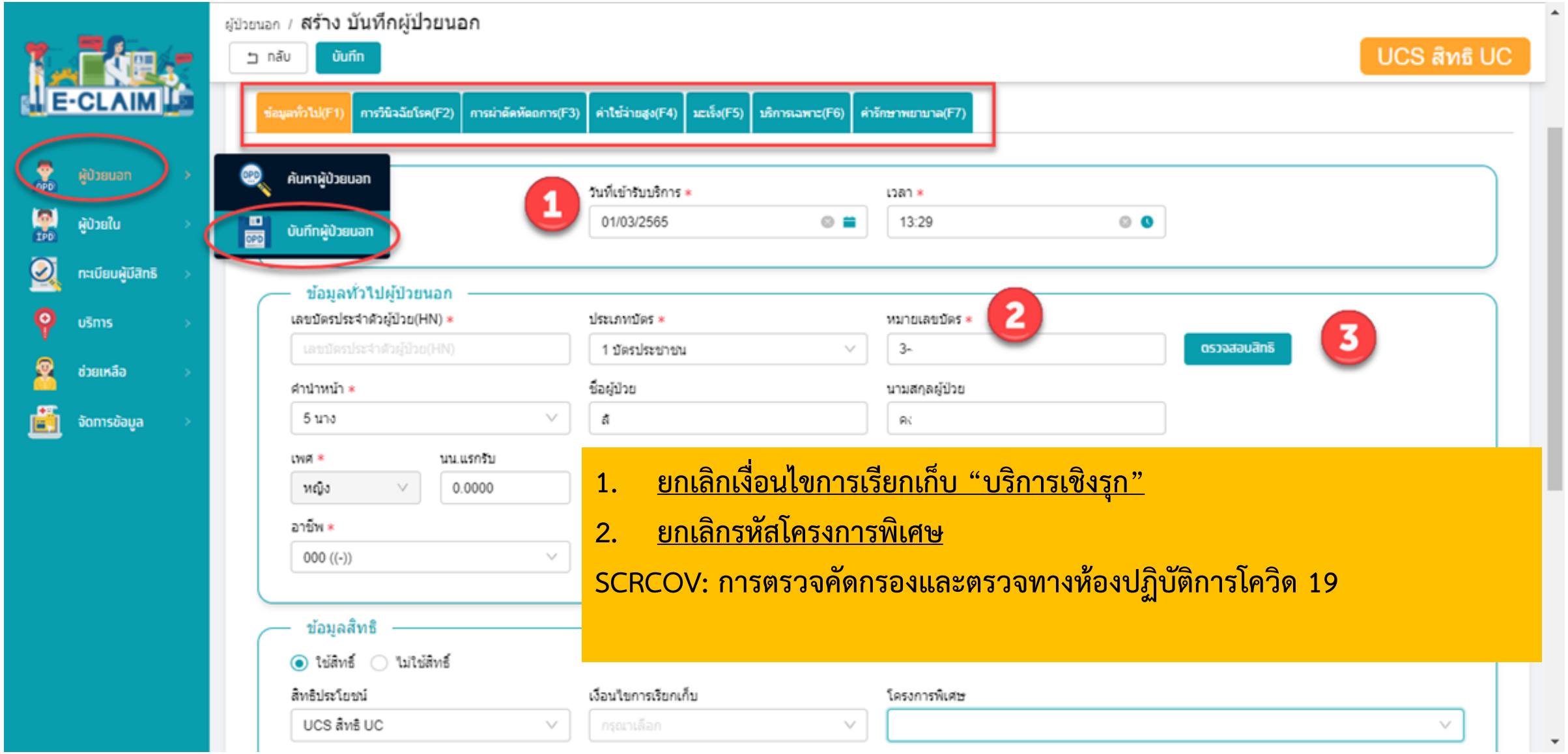
2.4

อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน

- OP จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 150 บาทต่อครั้ง
- IP ตาม DRGs
- กรณีการตรวจวินิจฉัยและรักษา VITT

สำหรับผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หรือ ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของหน่วยบริการแล้วต่อมาพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 แล้วไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้การขอรับค่าใช้จ่ายเป็นไปตามระบบปกติ

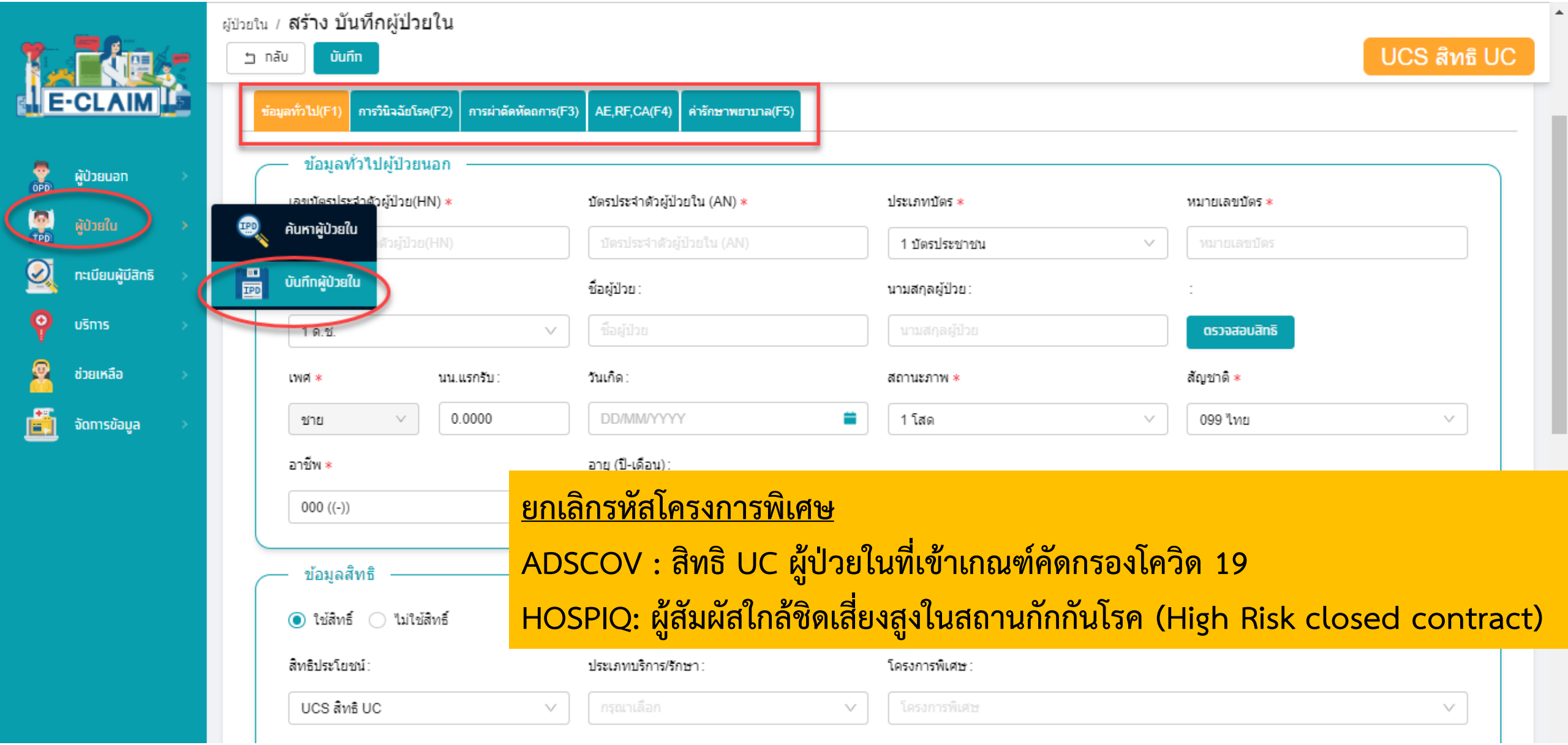
การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก เลือกเมนูผู้ป่วยนอก >> บันทึกผู้ป่วยนอก



1. <u>ยกเลิกเงื่อนไขการเรียกเก็บ “บริการเชิงรุก”</u>
2. <u>ยกเลิกรหัสโครงการพิเศษ</u>

SCRCOV: การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน เลือกเมนูผู้ป่วยใน >> บันทึกผู้ป่วยใน

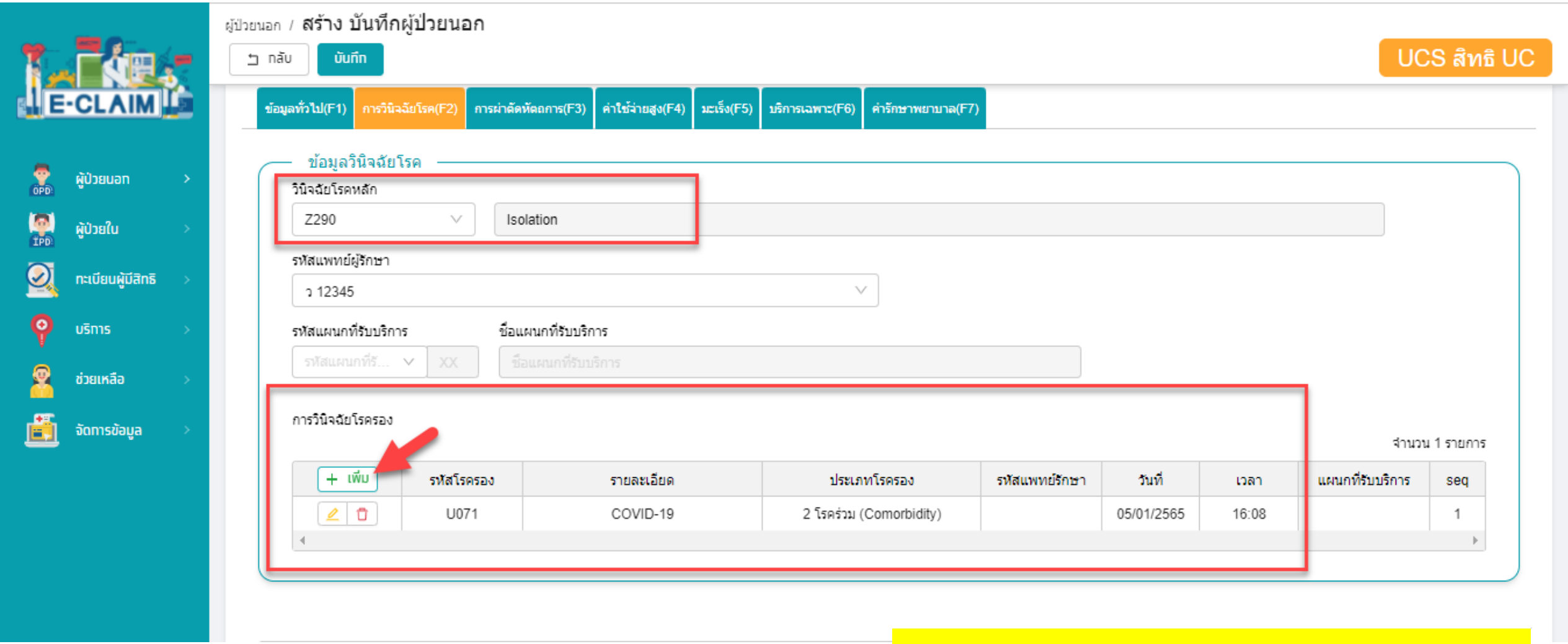


ยกเลิกรหัสโครงการพิเศษ

ADSCOV : สิทธิ UC ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์คัดกรองโควิด 19

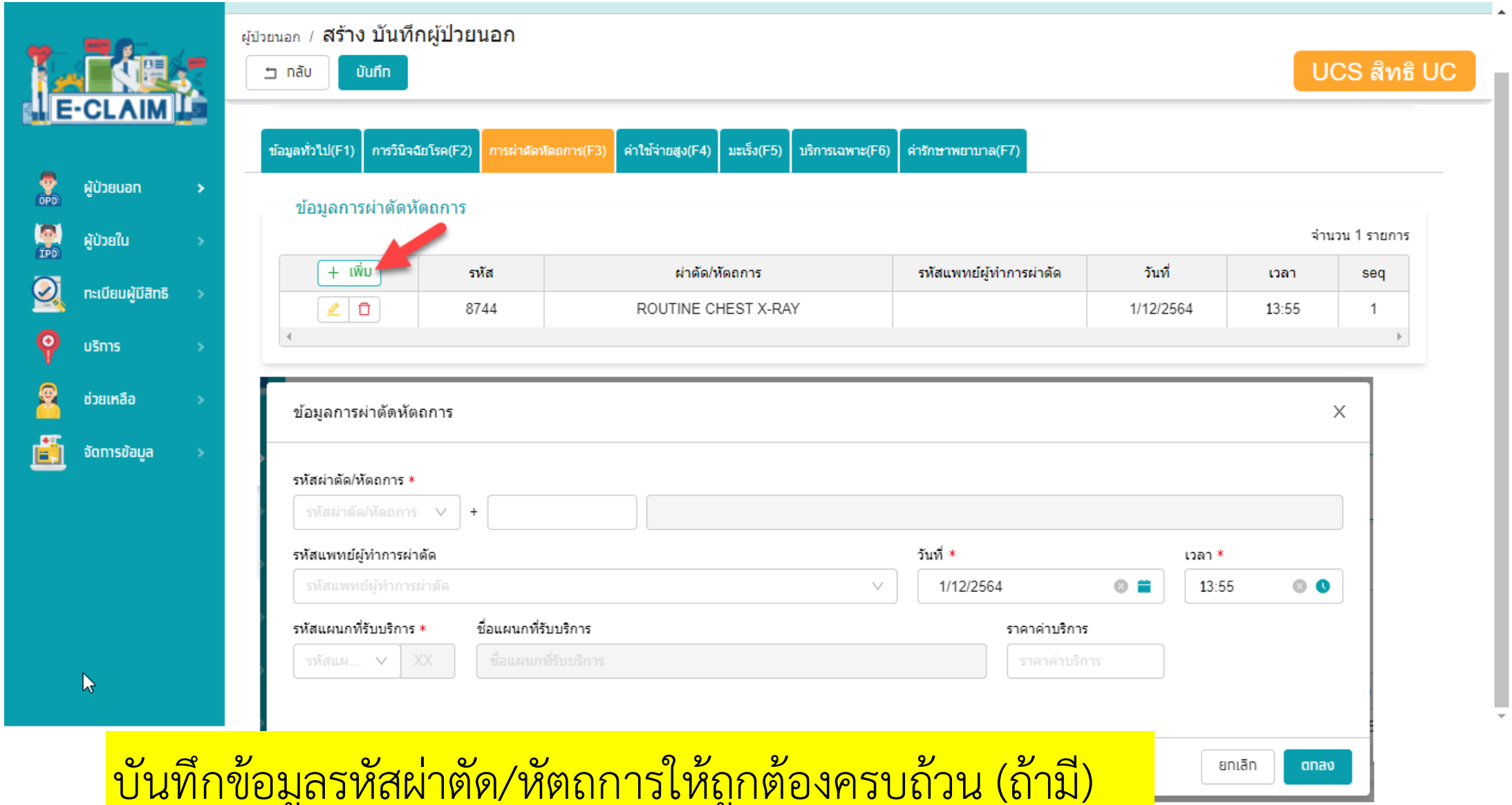
HOSPIQ: ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในสถานกักกันโรค (High Risk closed contract)

การบันทึกข้อมูล >> ข้อมูลวินิจฉัยโรค (F2)



บันทึกข้อมูลรหัสโรคให้ถูกต้องครบถ้วน

การบันทึกข้อมูล >> ข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ (F3)



บันทึกข้อมูลรหัสผ่าตัด/หัตถการให้ถูกต้องครบถ้วน (ถ้ามี)

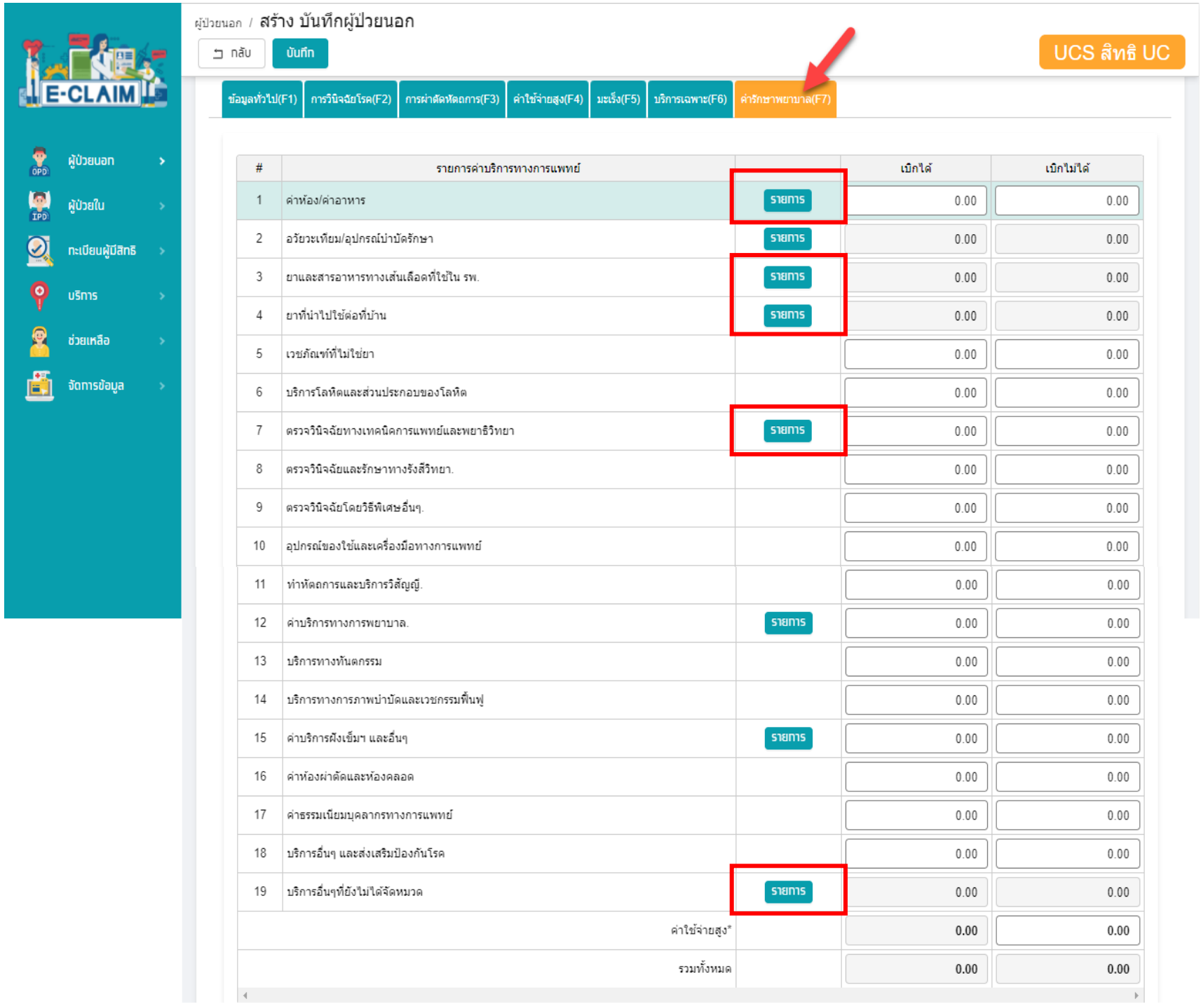
การบันทึก ค่ารักษาพยาบาล

- **ผู้ป่วยนอก**

  เลือกเมนู **ค่ารักษาพยาบาล (F7)**

- **ผู้ป่วยใน**

  เลือกเมนู **ค่ารักษาพยาบาล (F5)**



2 สิทธิ UC การรักษา

2.1

หน่วยบริการในระบบ UC

ผู้ป่วยนอก และใน
สถานพยาบาล
ณ ที่พำนักของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 1 : ไม่มีอาการหรือสบายดี และ กลุ่มที่ 2 : มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

1. ค่าตรวจLab โดยใช้ชุดตรวจ ATK) ชนิด professional test ในอัตรา 200 บาท
2. ค่าบริการ OP-Self Isolation โดยหน่วยบริการ จ่ายในอัตรา 500 บาทต่อราย / ร้านยา จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อราย

กลุ่มที่ 3 : มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง หรือกลุ่มที่มีปอดอักเสบแต่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน (HI/CI/Hotel) มีผลถึง 31 พค.65

HI ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบไม่จัดอาหาร
1. ดูแลจำนวน 1-6 วัน เหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาทต่อราย
2. ดูแลการตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา 8,000 บาทต่อราย

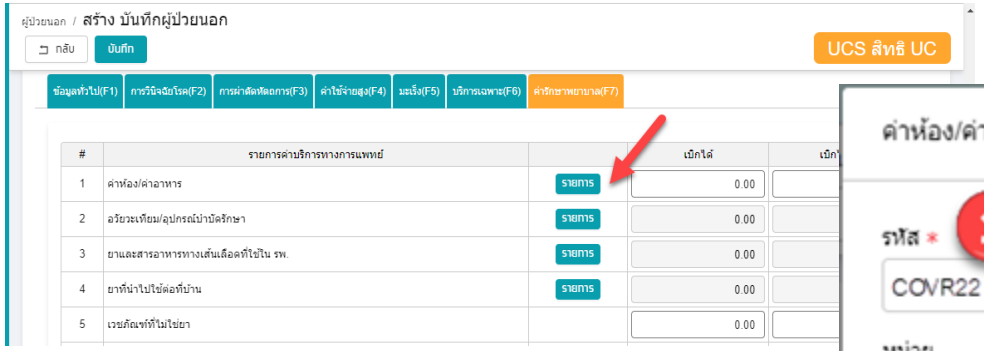
CI/Hotel ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบจัดอาหาร 3 มื้อ
1. ดูแลการ จำนวน 1-6 วัน เหมาจ่ายในอัตรา 6,000 บาท ต่อราย
2. ดูแลการ ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาจ่ายในอัตรา 12,000 บาทต่อราย

ค่าห้อง ค่าดูแลผู้ป่วย

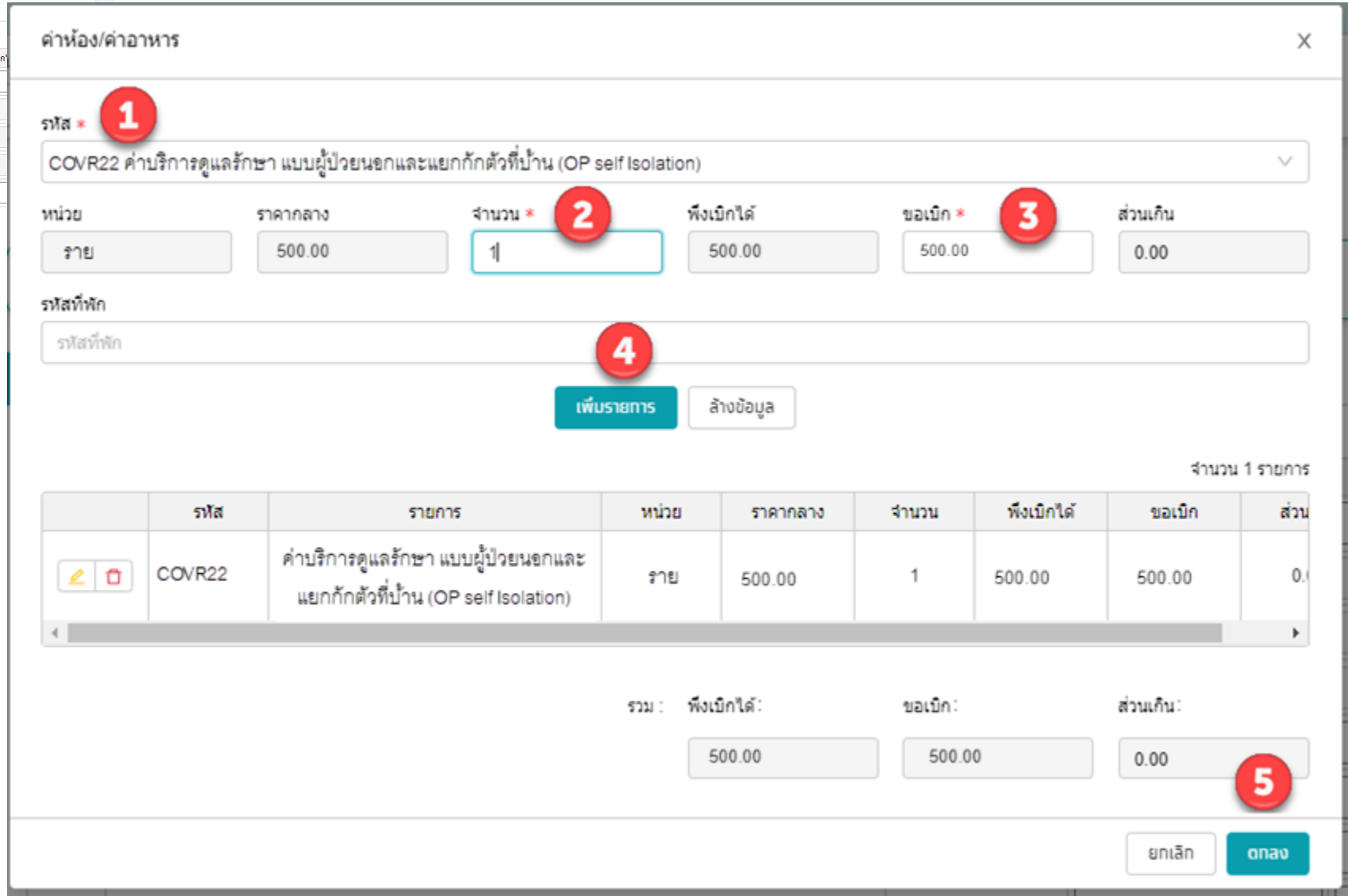
รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย	หน่วย	หมวดบันทึก	15/5/2565
COVR04	ค่าดูแลผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในสถานกักกันโรค (High Risk closed contract)	600.00	วัน	หมวด 1	ยกเลิก
COVR14	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน รวมการจัดอาหาร	6,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	ปรับเงื่อนไขการจ่าย HI ไม่สามารถเบิกได้
COVR15	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป รวมการจัดอาหาร	12,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	
COVR16	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน ไม่รวมการจัดอาหาร	4,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	คงเดิม
COVR17	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ไม่รวมการจัดอาหาร	8,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	คงเดิม
COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)	500.00	ราย	หมวด 1	ปรับอัตราจ่าย
COVR23	ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น กรณี OP self Isolation	300.00	ราย	หมวด 1	ยกเลิก

ตัวอย่างการบันทึกเบิก ค่าบริการ OP-Self Isolation

กลุ่มที่ 1 : ไม่มีอาการหรือสบายดี และ กลุ่มที่ 2 : มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

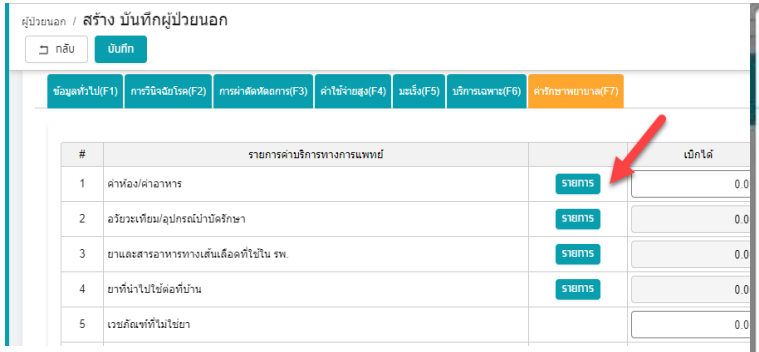


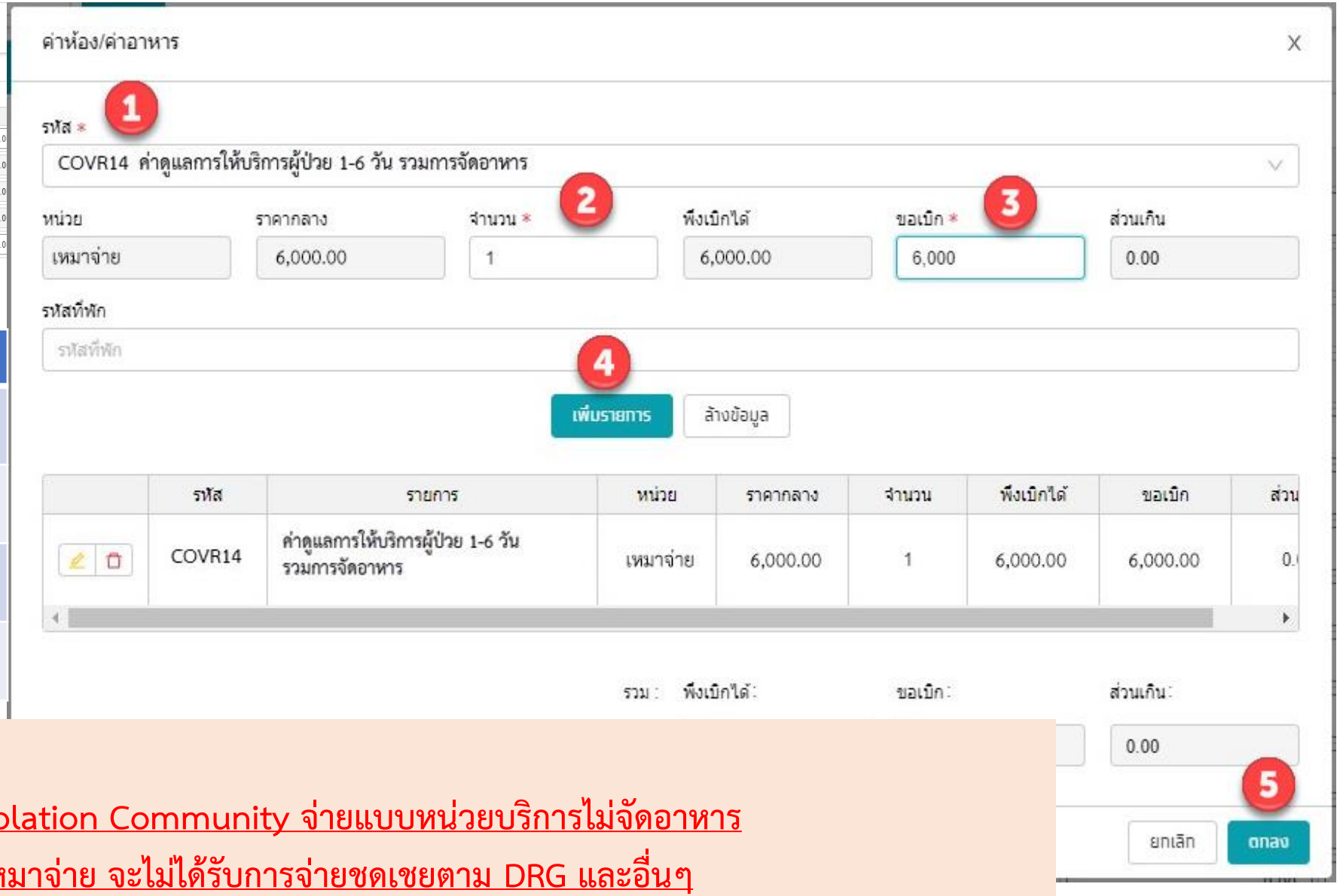
รหัสเบิก	รายการ
COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)



ตัวอย่างการบันทึก

กลุ่มที่ 3 : มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง หรือกลุ่มที่มีปอดอักเสบแต่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน (HI/CI/Hotel)





รหัสเบิก	รายการ
COVR14	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน รวมการจัดอาหาร
COVR15	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป รวมการจัดอาหาร
COVR16	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน ไม่รวมการจัดอาหาร
COVR17	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ไม่รวมการจัดอาหาร

หมายเหตุ

1. ปรับปรุงเงื่อนไขการจ่าย Home Isolation Community จ่ายแบบหน่วยบริการไม่จัดอาหาร
2. กรณี IPD หากบันทึกเบิกด้วยรหัสเหมาจ่าย จะไม่ได้รับการจ่ายชดเชยตาม DRG และอื่นๆ

2 สิทธิ UC การรักษา

หน่วยบริการในระบบ UC

2.2

กลุ่มที่4 : มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน จ่ายระบบ DRGs และเพิ่มเติม

1. ค่าตรวจ Lab ATK ชนิด professional test 200 บาท , RT-PCR 900 บาท
2. ค่ายาโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200บาทต่อราย (ยาฟ้าทลายโจร 120 บาท)
3. ค่าห้อง และค่าใช้จ่ายป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

รายการ	เตียงระดับ 1	เตียงระดับ 2.1	เตียงระดับ 2.2	เตียงระดับ 3
ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร	จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาทต่อวัน
คชจ.เกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	จ่ายตามจริงไม่เกิน 150 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,750 บาทต่อวัน	จ่ายตามจริงไม่เกิน 11,000 บาทต่อวัน

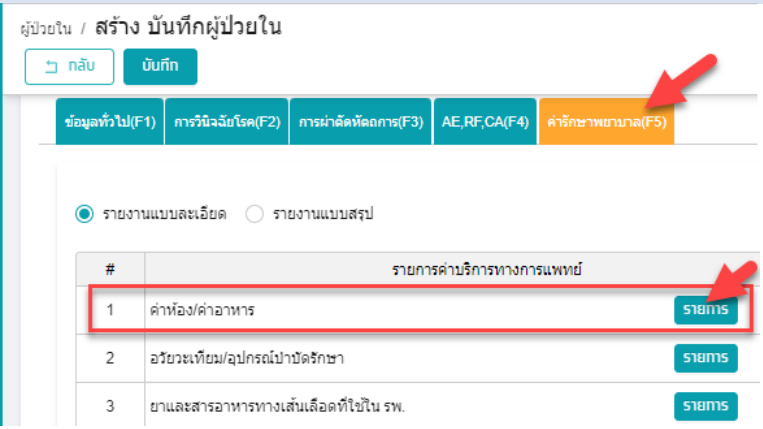
สำหรับผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หรือ ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) ว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของหน่วยบริการแล้วต่อมาพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 แล้วไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้การขอรับค่าใช้จ่ายเป็นไปตามระบบปกติ

ค่าห้อง ค่าดูแลผู้ป่วย

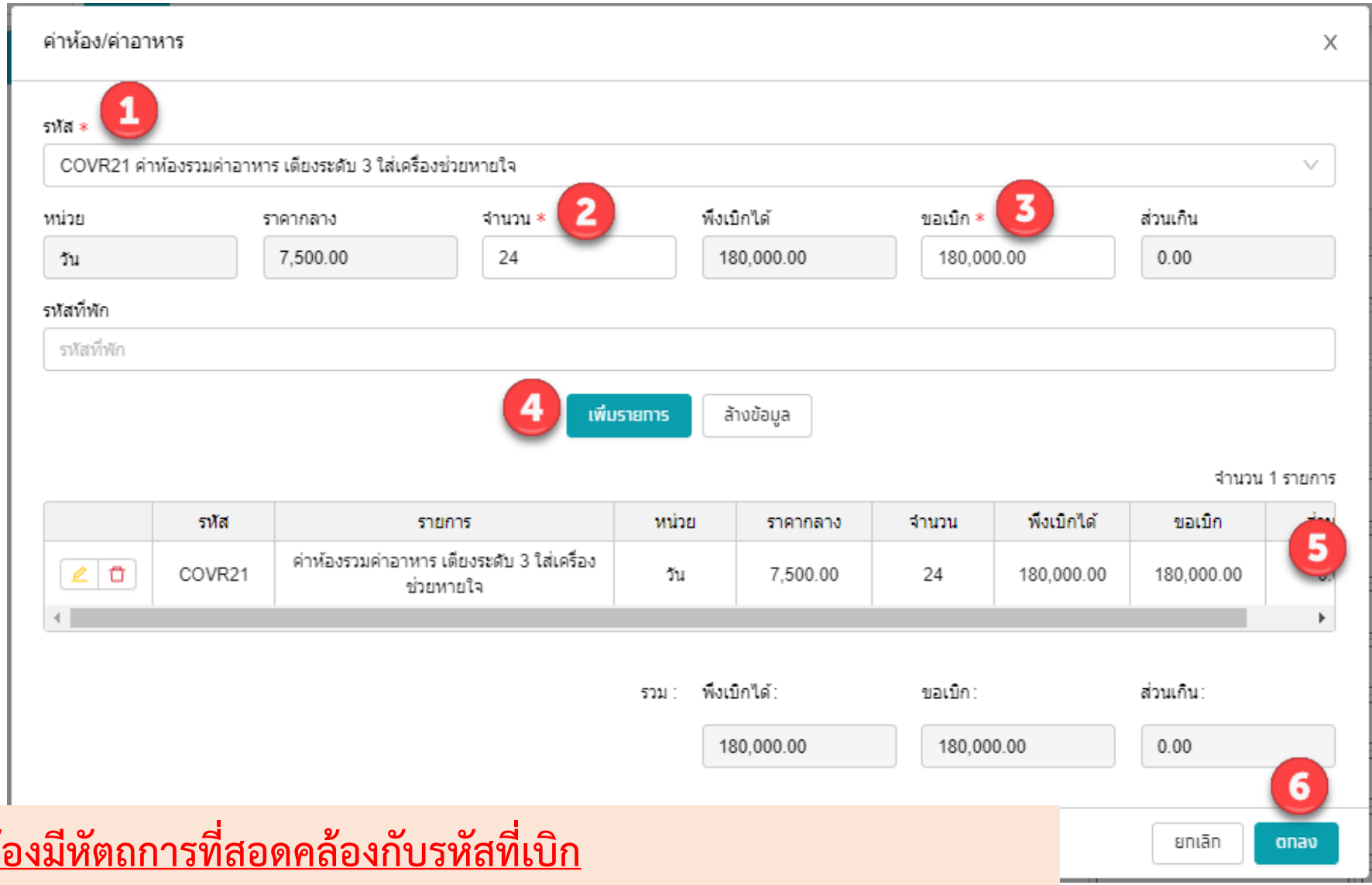
รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย	หน่วย	หมวดบันทึก	15/5/2565
COVR18	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen	400.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR19	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 2.1 ใช้ Oxygen Canula	1,000.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR20	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 2.2 ใช้ Oxygen High flow	1,500.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR21	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ	7,500.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิม ราคาเดิม

ตัวอย่างการบันทึก

กลุ่มที่มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน

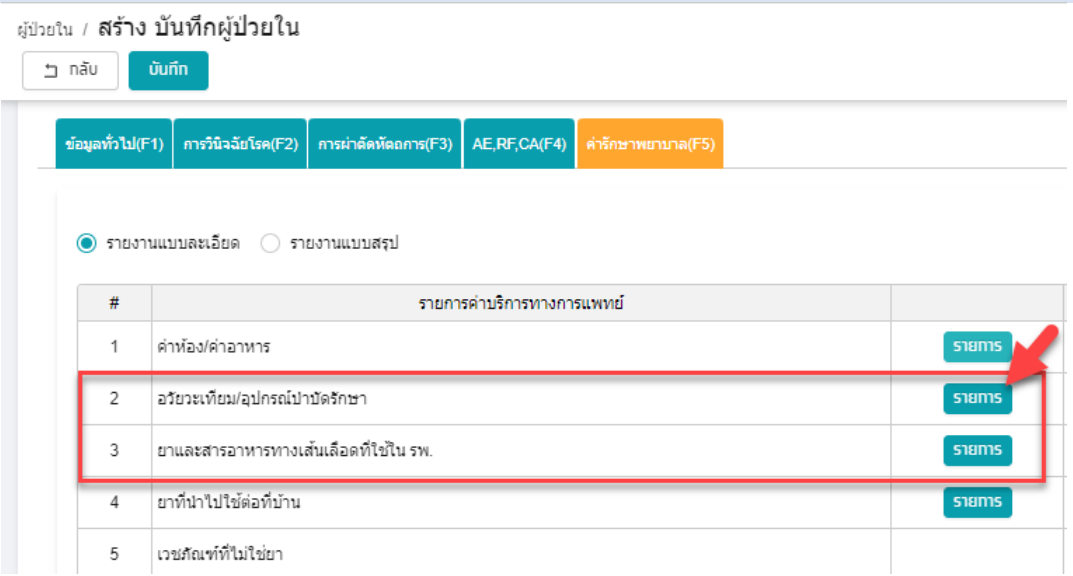


รหัสเบิก	รายการ
COVR18	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen
COVR19	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 2.1 ใช้ Oxygen Canula
COVR20	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 2.2 ใช้ Oxygen High flow
COVR21	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เตียงระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ

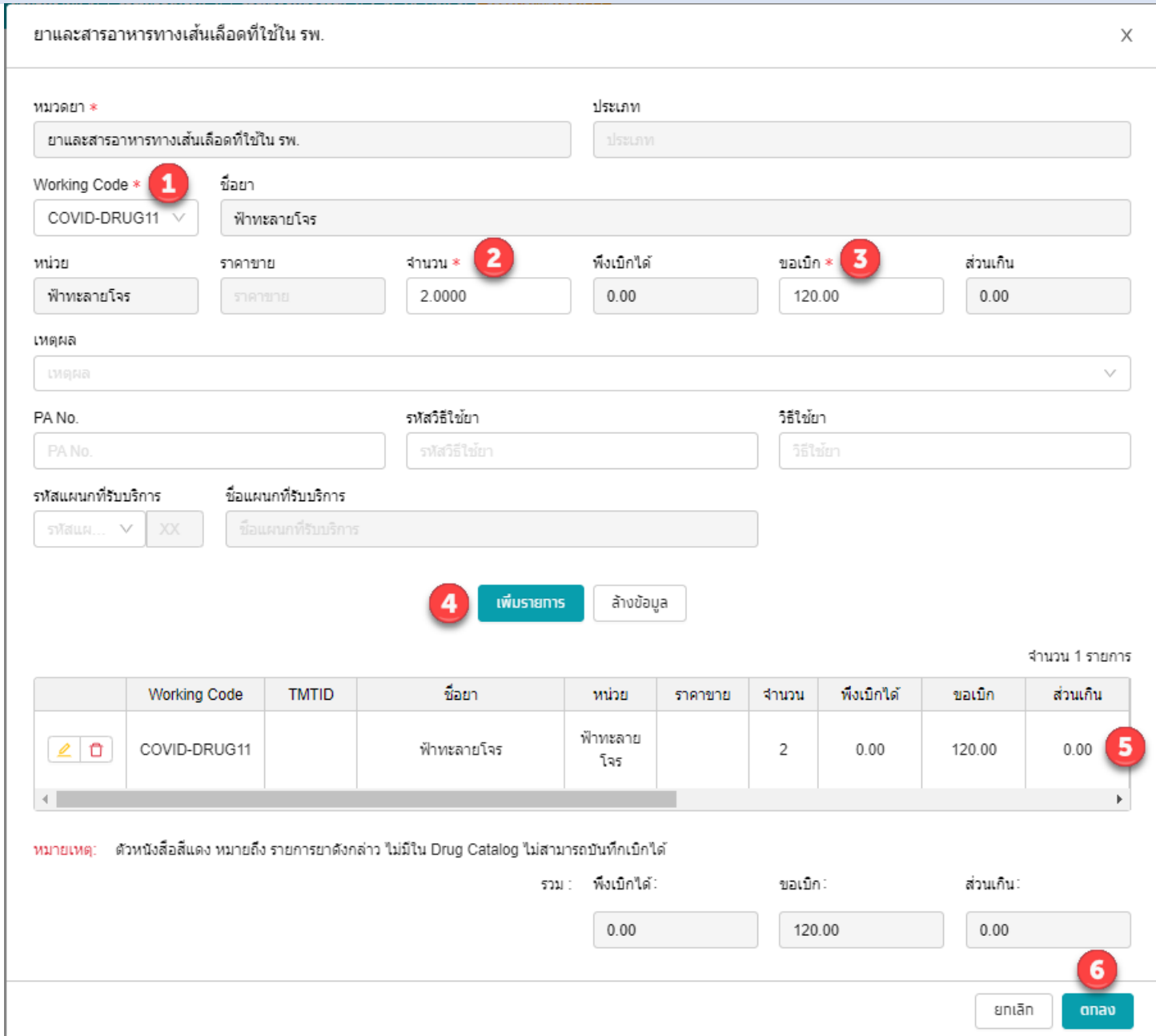


หมายเหตุ กรณีอาการสีเหลือง แดง ต้องมีหัตถการที่สอดคล้องกับรหัสที่เบิก

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าบริการในหมวด ค่ายา



1. COVID-DRUG3 : darunavir
2. COVID-DRUG4 : favipiravir
3. COVID-DRUG5 : lopinavir + ritonavir
4. COVID-DRUG6 : oseltamivir
5. COVID-DRUG7 : remdesivir
6. COVID-DRUG8 : ritonavir
7. COVID-DRUG9 : tocilizumab
8. COVID-DRUG11 : ฟ้าทะลายโจร

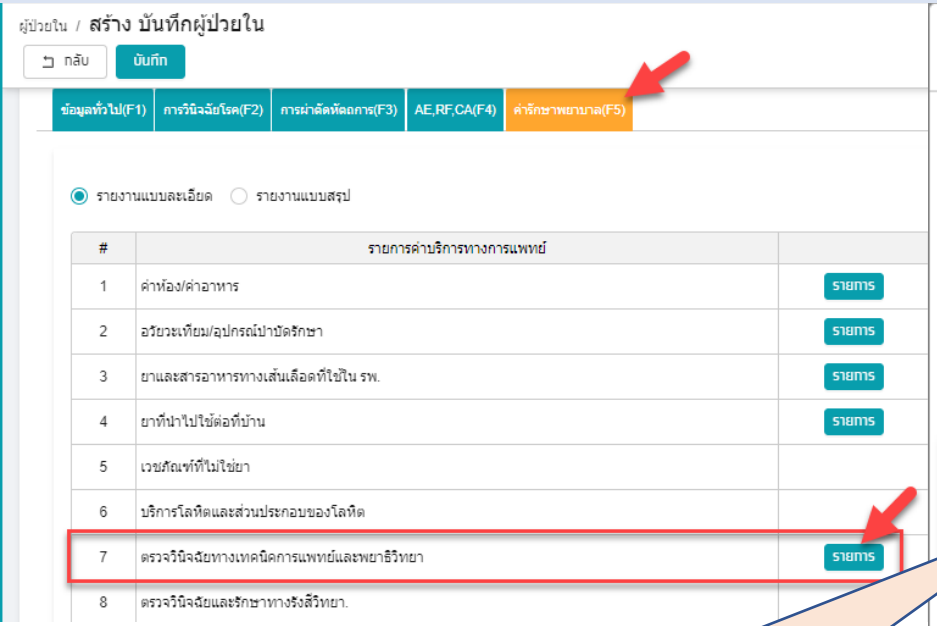


การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย	หมวดบันทึก	15/5/2565
การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test	AgCG3	Antigen Chromatography	250	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	AgFI3	Antigen Fluorescent Immunoassay (FIA)	350	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	PCR2G	LAB RT-PCR (2 Genes) และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ lab	800	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes) และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ lab	1,000	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	100	หมวด 19	รหัสถูกยกเลิก
การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample	Salva2	Lab saliva+บริการตรวจ Lab และค่าเก็บตัวอย่าง	180	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	Nswab2	Lab Nswab + บริการตรวจ Lab และค่าเก็บตัวอย่าง	225	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก	POPUI	LAB RT-PCR+ค่าบริการอื่นๆ Pooled Positive (4)	800	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	Antib	Antibody+ค่าตรวจ Lab+ค่าเก็บตัวอย่าง (5)	350	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

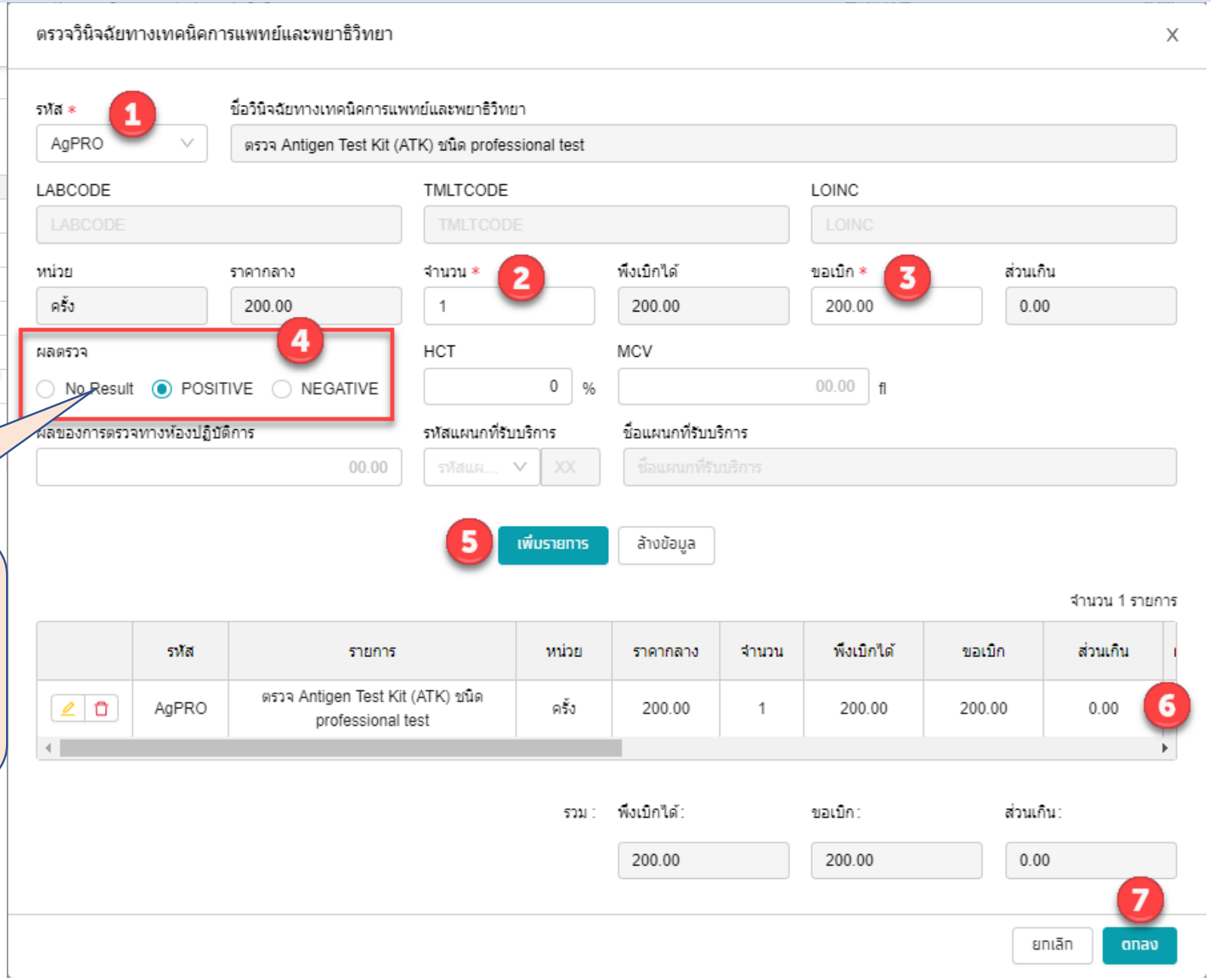
รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย	หมวดบันทึก	15/5/2565
AgPRO	ตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test	200	หมวด 7	รหัสใหม่
RTPCR	การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR รวมค่าเก็บตัวอย่าง	900	หมวด 7	รหัสใหม่

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าบริการในหมวด ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ



C317:เบิกค่าตรวจ lab covid แต่ไม่บันทึกผลการตรวจ

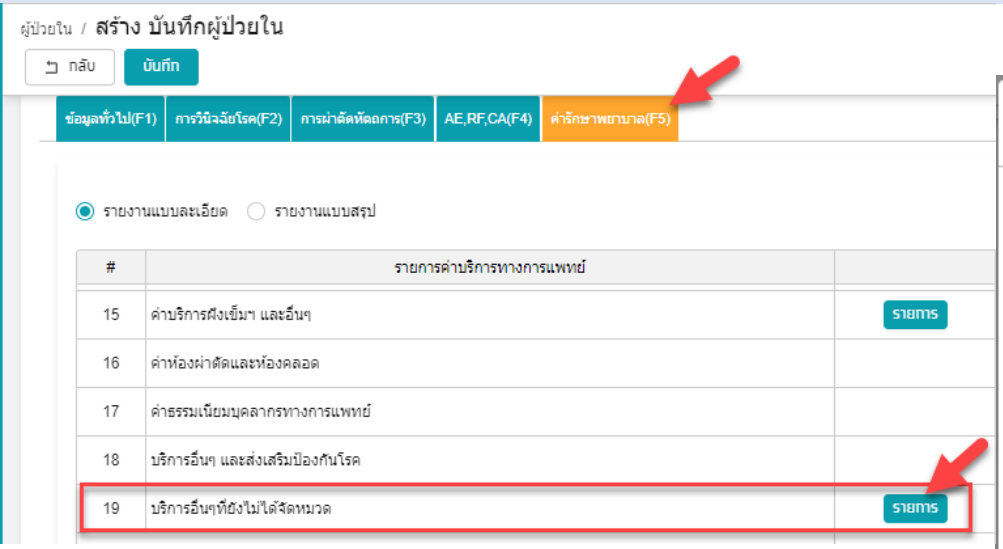
บันทึกผลการตรวจ Lab covid ให้ครบถ้วนแล้วส่งเข้ามาใหม่อีกครั้ง

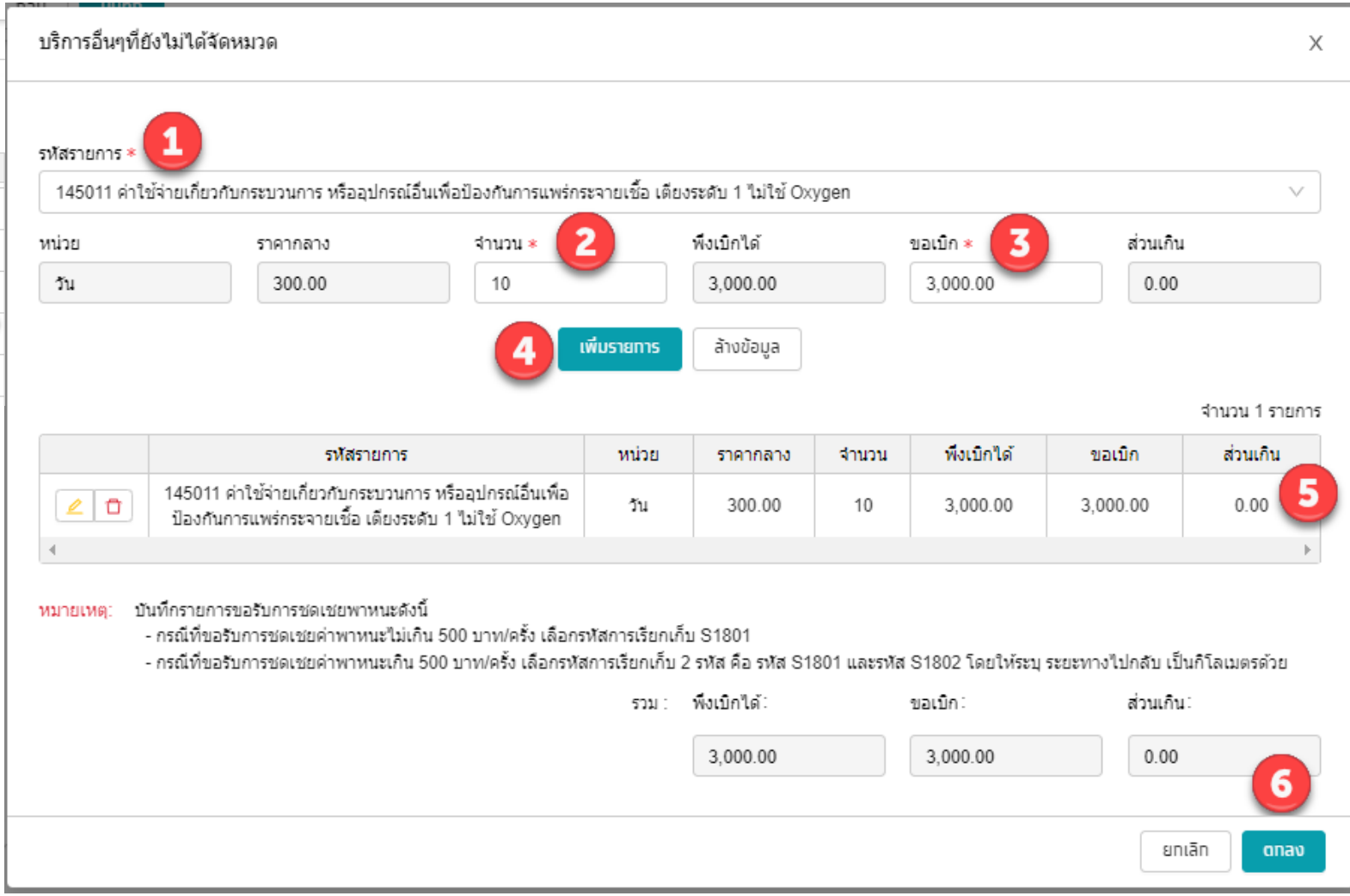


ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย	หน่วย	หมวดบันทึก	15/5/2565
145002	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล	550	ชุด	หมวด 19	รหัสถูกยกเลิก
145010	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen	300	วัน	หมวด 19	รหัสถูกยกเลิก
145011	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen	150	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145012	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เตียงระดับ 2.1 ใช้ Oxygen Canula	1,100	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145013	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เตียงระดับ 2.2 ใช้ Oxygen High flow	2,750	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145015	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เตียงระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ	11,000	วัน	หมวด 19	รหัสเดิม ราคาเดิม

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ





ข้อควรระวัง การเบิก PPE ต้องสัมพันธ์กับรหัสเบิกค่าห้อง จำนวนวันนอน และรหัสโรคตามความรุนแรงของโรคเขียว เหลือง แดง

2 สิทธิ UC การรักษา

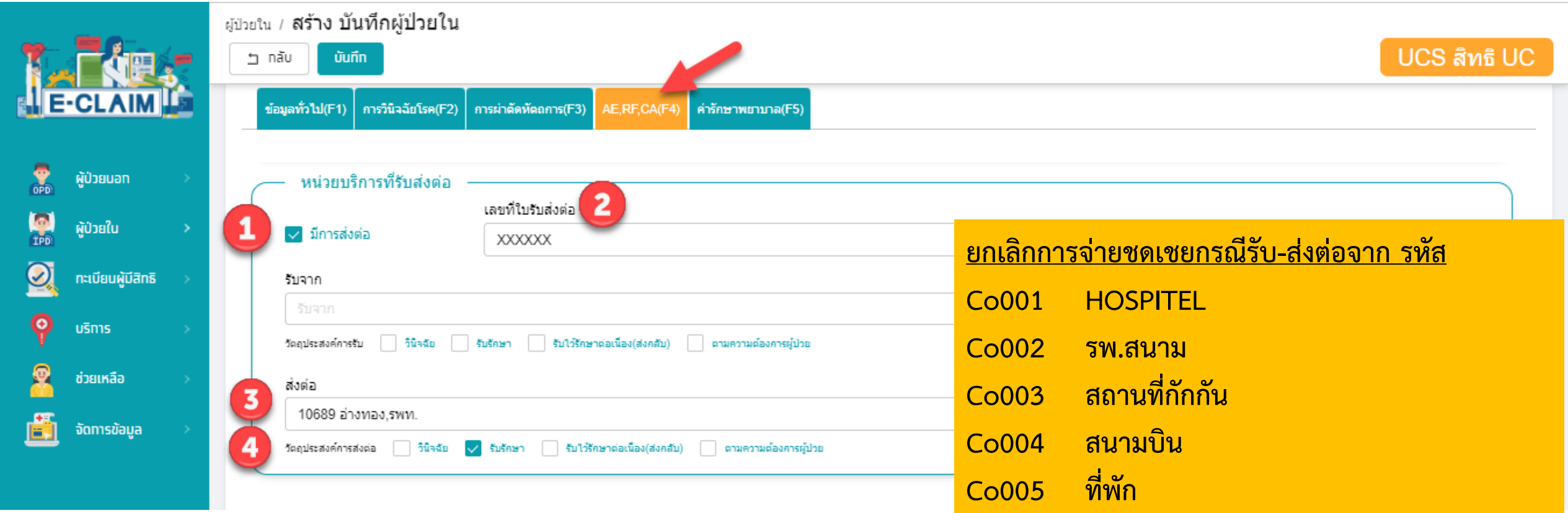
หน่วยบริการในระบบ UC

ค่าพาหนะรับส่งต่อ
เฉพาะการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
เพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยใน รพ.

กรณีรถยนต์
- จ่ายตามระยะทาง-ไปกลับ
- ค่า PPE รวมทำความสะอาด จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

รหัสเบิก	ชื่อ	อัตรา	หมวดการบันทึก	หมายเหตุ
COVV01	ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE	500	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
S1801	ค่าพาหนะในการส่งต่อระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 50 กม.	500	หมวด 19	รหัสเดิม ราคาเดิม
S1802	ค่าพาหนะในการส่งต่อระยะทางไป - กลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร	กิโลเมตรละ 4 บาท	หมวด 19	รหัสเดิม ราคาเดิม
S1801A	ค่าพาหนะในการส่งต่อ รถโดยสารขนาดใหญ่ ระยะทางไม่เกิน 100 กิโลเมตร			ยกเลิก
S1802A	ค่าพาหนะในการส่งต่อ รถโดยสารขนาดใหญ่ ระยะทางมากกว่า 100 กิโลเมตร			ยกเลิก

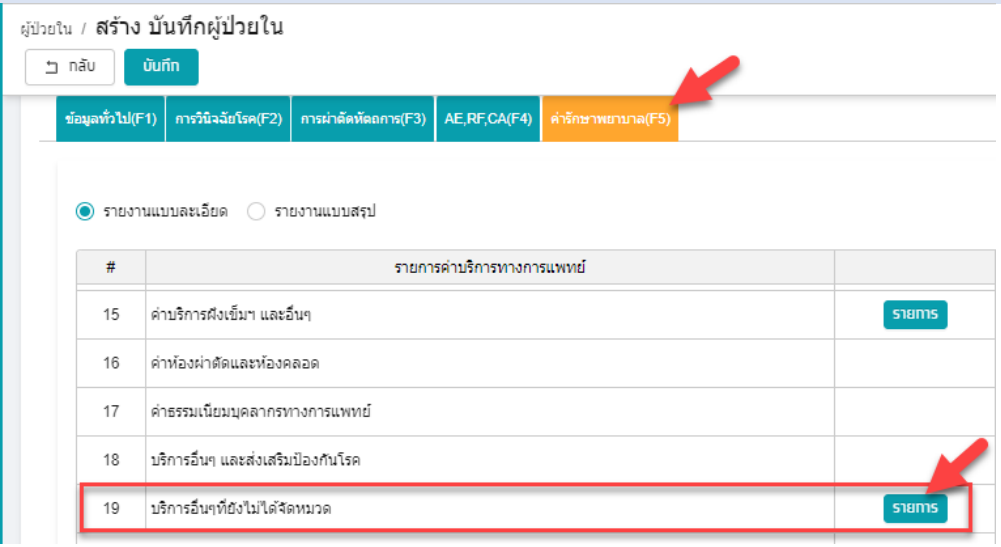
การบันทึกเบิก ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

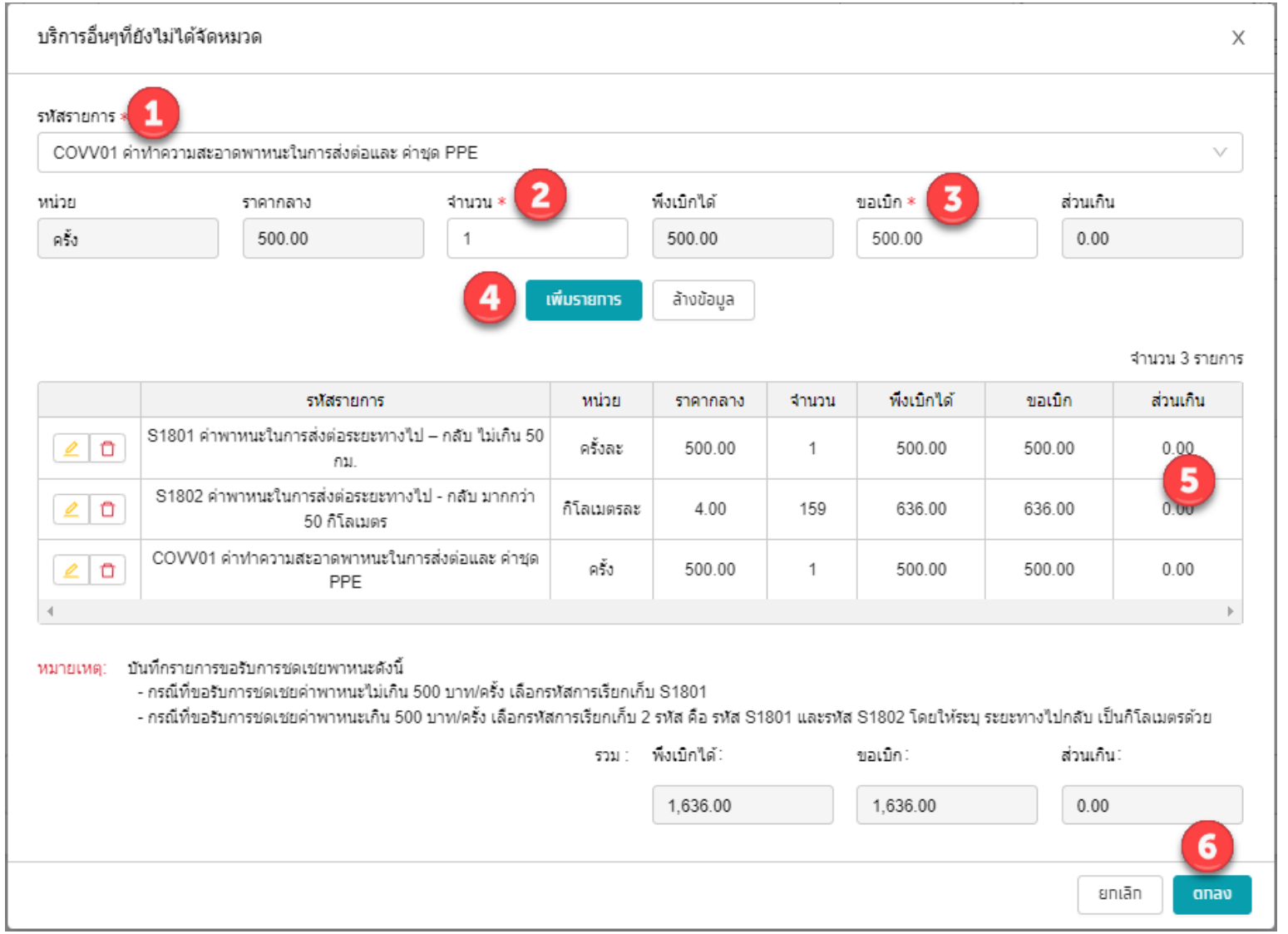


<u>ยกเลิกการจ่ายชดเชยกรณีรับ-ส่งต่อจาก รหัส</u>

Co001	HOSPITEL
Co002	รพ.สนาม
Co003	สถานที่กักกัน
Co004	สนามบิน
Co005	ที่พัก
Co006	อื่นๆ

การบันทึกเบิก ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ





2 สิทธิ UC การรักษา

หน่วยบริการในระบบ UC

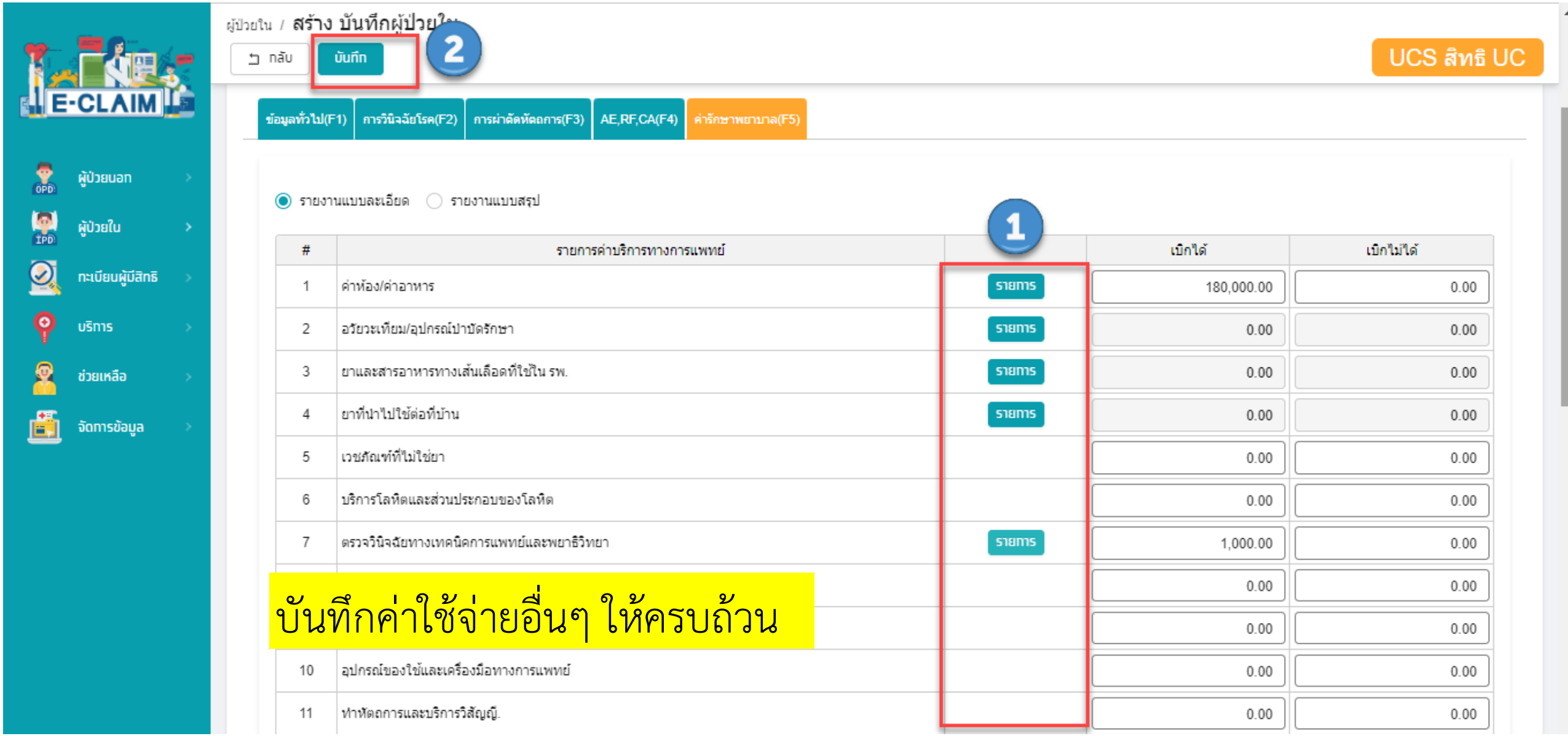
2.4

อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน

-OP จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 150 บาทต่อครั้ง
-IP ตาม DRGs
-กรณีการตรวจวินิจฉัยและรักษา VITT

รหัสเบิก	ชื่อ	อัตรา	หมวดการบันทึก	หมายเหตุ
070001	CBC	50	หมวด 7	รหัสเดิม ราคาเดิม
30115	Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay	1,550	หมวด 7	รหัสเดิม ราคาเดิม
30116	Heparin induced Platelet activation test (HIPA)	1,550	หมวด 7	รหัสเดิม ราคาเดิม
VAC-OP	เจ็บป่วยหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดภายหลังการฉีดวัคซีน	150	หมวด 19	รหัสเดิม ราคาเดิม

การบันทึกข้อมูล >> ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล



ขอบคุณค่ะ

สายด่วนให้คำปรึกษาโรงพยาบาล (Provider Center)

หมายเลข 02-554-0505
e-mail: providercenter@nhso.go.th

เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการเบิกจ่าย โปรแกรม การโอนเงิน ฯลฯ