

ประชุมชี้แจง

การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข
สำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 สู่วิเคราะห์ประจําถิ่น

11 พฤษภาคม 2565

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศการเบิกจ่ายกองทุน สายงานบริหารกองทุน



การบันทึกเบิกในระบบ e-Claim

การเข้าใช้งานระบบโปรแกรม e-Claim

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



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

E-CLAIM

ชื่อผู้ใช้ (Username) *

รหัสผ่าน *

[ลืมรหัสผ่าน ?](#)

กรอก

USER/PASSWORD

รายละเอียดของหน่วยบริการ และเจ้าหน้าที่ ที่ใช้งานระบบ

The screenshot displays the E-CLAIM system interface. At the top, there is a navigation bar with a menu icon, a refresh button with a red '1' notification, a user profile icon, and a dropdown menu showing 'ทดสอบ ทดสอบ'. Below the navigation bar, the page title 'หน้าแรก / 11481 พระมงกุฎเกล้า,รพ.' is displayed with a red '1' notification. The main content area features a search filter for 'วันที่เข้ารับบริการ' and 'ถึงวันที่' with date input fields (DD/MM/YYYY) and a search button labeled 'ค้นหา'. Below the search filters, there are six summary cards showing the number of services for different categories:

- จำนวนผู้ป่วยนอก: 394 รายการ (OPD icon)
- จำนวนผู้ป่วยนอกที่รอส่ง: 187 รายการ (OPD icon with hourglass)
- จำนวนผู้ป่วยนอกที่รอแก้ไข: 204 รายการ (OPD icon with pencil)
- จำนวนผู้ป่วยใน: 9 รายการ (IPD icon)
- จำนวนผู้ป่วยในที่รอส่ง: 5 รายการ (IPD icon with hourglass)
- จำนวนผู้ป่วยในที่รอแก้ไข: 0 รายการ (IPD icon with pencil)

Below the summary cards, there is a search bar with 'ค้นหา' and a dropdown menu 'แสดง เฉพาะรายการของฉัน'. At the bottom, there is a table header with columns: '+ สร้าง', 'ดำเนินการ', 'ข้อมูล ณ เวลา 10:32', and '1-20 จากทั้งหมด 403 รายการ'. The table columns are: EClaim No., ประเภทผู้ป่วย, สัทธิประโยชน์, หมายเลขบัตร, ชื่อผู้ป่วย, เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN), บัตรประจำตัวผู้ป่วยใน (AN), วันที่เข้ารับบริการ, and จำนวนวันที่.

1

ค่าบริการคนไทยทุกสิทธิ

รายการค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 สูโรคประจำถิ่น (เริ่มมีผล 15 พ.ค.65)

1 ค่าบริการคนไทยทุกสิทธิ



1. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19



สนับสนุนชุดตรวจ ATK ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จ่ายในอัตรา 55 บาท/ชุด



2. กรณีฉีดวัคซีนโควิด 19

ค่าฉีดเข็มจ่ายครั้งละ 40 บาท



3. ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต

hemajay 2,500 บาทต่อผู้เสียชีวิต

บันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim เฉพาะรายการที่

3. ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต hemajay 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

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

๒ กลับ

บันทึก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

ค้นหาผู้ป่วยนอก

วันที่เข้ารับบริการ *

เวลา *

01/05/2565

13:50

สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) *

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN)

ประเภทบัตร *

1 บัตรประชาชน

หมายเลขบัตร *

หมายเลขบัตร

ตรวจสอบสิทธิ์

คำนำหน้า *

1 ด.ช.

ชื่อผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย

นามสกุลผู้ป่วย

นามสกุลผู้ป่วย

เพศ *

ชาย

นน. แกร็บ

0.0000

วันเกิด

DD/MM/YYYY

สถานะภาพ *

1 โสด

สัญชาติ *

099 ไทย

อาชีพ *

000 ((-))

อายุ (ปี-เดือน)

อายุ (ปี-เดือน)

ข้อมูลสิทธิ

ใช้สิทธิ ไม่ใช้สิทธิ

สิทธิประโยชน์

UCS สิทธิ UC

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

โครงการพิเศษ

DEADCO ค่าใช้จ่ายการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19

การบันทึกรหัสเบิกกรณี ค่าใช้จ่ายในการจัดการศพผู้เสียชีวิต

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ

บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) ระบุ(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

15	ค่าบริการฝังศพ และอื่นๆ	รายการ
16	ค่าห้องพักและห้องคลอด	
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

DEADCO ค่าใช้จ่ายการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19

หน่วย ราคากลาง จำนวน * พึงเบิกได้ ขอเบิก * ส่วนเกิน

ครั้ง 2,500.00 1 2,500.00 2,500.00 0.00

เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

จำนวน 1 รายการ

รหัสรายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
DEADCO ค่าใช้จ่ายการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19	ครั้ง	2,500.00	1	2,500.00	2,500.00	0.00

หมายเหตุ: บันทึกรายการขอรับการชดเชยพาดังนี้

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาดไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาดเกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ 2 รหัส คือ รหัส S1801 และรหัส S1802 โดยให้ระบุ ระยะทางไปกลับ เป็นกิโลเมตรด้วย

รวม : พึงเบิกได้: ขอเบิก: ส่วนเกิน:

2,500.00 2,500.00 0.00

ยกเลิก

ตกลง

2 การรักษาสิทธิ UC

2 สิทธิ UC การรักษา หน่วยบริการในระบบ UC



ผู้ป่วยนอก และใน
สถานพยาบาล
ณ ที่พำนักของผู้ป่วย

2.2

กลุ่มที่ 4 : มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน จ่ายระบบ DRGs และเพิ่มเติม



- ค่าตรวจ Lab ATK ชนิด professional test 200 บาท , RT-PCR 900 บาท
- ค่ายาโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200บาทต่อราย (ยาฟ้าทลายโจร 120 บาท)
- 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

2.1



กลุ่มที่ 1 : ไม่มีอาการหรือสบายดี และ กลุ่มที่ 2 : มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

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

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

HI ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบไม่จัดอาหาร

- ดูแลจำนวน 1-6 วัน เหมาะจ่ายในอัตรา 4,000 บาทต่อราย
- ดูแลการตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาะจ่ายในอัตรา 8,000 บาทต่อราย

CI/Hotel ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบจัดอาหาร 3 มื้อ

- ดูแลการ จำนวน 1-6 วัน เหมาะจ่ายในอัตรา 6,000 บาท ต่อราย
- ดูแลการ ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาะจ่ายในอัตรา 12,000 บาทต่อราย

2.3



ค่าพาหนะรับส่งต่อ

เฉพาะการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยใน รพ.

กรณีรถยนต์

- จ่ายตามระยะทาง-ไปกลับ
- ค่า PPE รวมทั้งทำความสะอาด จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

2.4

อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน

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

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก เลือกเมนูผู้ป่วยนอก >> บันทึกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ บันทึก UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) นวเร่ง(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

ค้นหาผู้ป่วยนอก

บันทึกผู้ป่วยนอก

วันที่เข้ารับบริการ * 01/03/2565 เวลา * 13:29

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) * เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) ประเภทบัตร * 1 บัตรประชาชน หมายเลขบัตร * 3- ตรวจสอบสิทธิ์

คำนำหน้า * 5 นาง ชื่อผู้ป่วย ส นามสกุลผู้ป่วย คง

เพศ * หญิง นน. แกร็บ 0.0000

อาชีพ * 000 ((-))

ข้อมูลสิทธิ


ใช้สิทธิ ไม่ใช้สิทธิ

สิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC เดือนไขการเรียกเก็บ กรุณาเลือก โครงการพิเศษ

- ยกเลิกเงื่อนไขการเรียกเก็บ “บริการเชิงรุก”
- ยกเลิกรหัสโครงการพิเศษ

SCRCOV: การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน เลือกเมนูผู้ป่วยใน >> บันทึกผู้ป่วยใน



- ผู้ป่วยนอก
- ผู้ป่วยใน**
- ทะเบียนผู้มีสิทธิ
- บริการ
- ช่วยเหลือ
- จัดการข้อมูล

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ บันทึก UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) AE,RF,CA(F4) คำรักษาพยาบาล(F5)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) *	บัตรประจำตัวผู้ป่วยใน (AN) *	ประเภทบัตร *	หมายเลขบัตร *	
ตัวผู้ป่วย(HN)	บัตรประจำตัวผู้ป่วยใน (AN)	1 บัตรประชาชน	หมายเลขบัตร	
ชื่อผู้ป่วย:	ชื่อผู้ป่วย	นามสกุลผู้ป่วย	ตรวจสอบสิทธิ	
เพศ *	นาม. แกรรับ :	วันเกิด :	สถานภาพ *	สัญชาติ *
ชาย	0.0000	DD/MM/YYYY	1 โสด	099 ไทย
อาชีพ *	อายุ (ปี-เดือน):			
000 ((-))				

ข้อมูลสิทธิ

ใช้สิทธิ ไม่ใช้สิทธิ

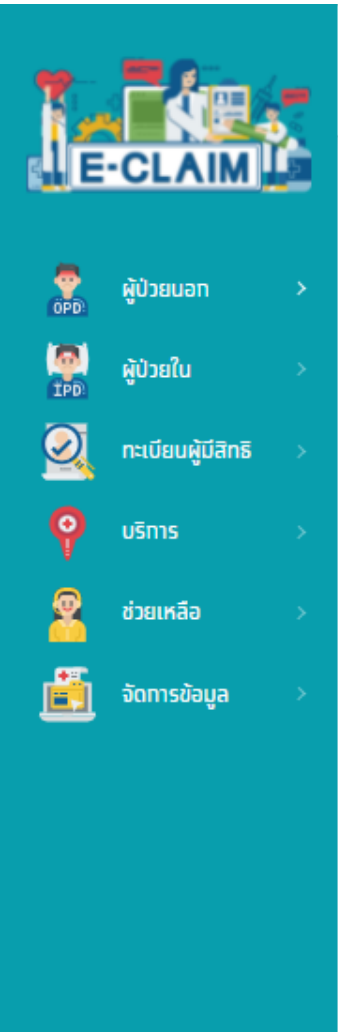
สิทธิประโยชน์:	ประเภทบริการ/รักษา :	โครงการพิเศษ :
UCS สิทธิ UC	กรุณาเลือก	โครงการพิเศษ

ยกเลิกรหัสโครงการพิเศษ

ADSCOV : สิทธิ UC ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์คัดกรองโควิด 19

HOSPIQ: ผู้สัมผัสใกล้ชิดซิดเสี่ยงสูงในสถานกักกันโรค (High Risk closed contract)

การบันทึกข้อมูล >> ข้อมูลวินิจฉัยโรค (F2)



ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

← กลับ

บันทึก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัดหัตถการ(F3)

ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

มะเร็ง(F5)

บริการเฉพาะ(F6)

คำรักษาพยาบาล(F7)

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

Z290

Isolation

รหัสแพทย์ผู้รักษา

ว 12345

รหัสแผนกที่รับบริการ

รหัสแผนกที่รับ...


XX

ชื่อแผนกที่รับบริการ

ชื่อแผนกที่รับบริการ

การวินิจฉัยโรครอง

จำนวน 1 รายการ

	รหัสโรครอง	รายละเอียด	ประเภทโรครอง	รหัสแพทย์รักษา	วันที่	เวลา	แผนกที่รับบริการ	seq
 เพิ่ม	U071	COVID-19	2 โรคร่วม (Comorbidity)		05/01/2565	16:08		1

บันทึกข้อมูลรหัสโรคให้ถูกต้องครบถ้วน

การบันทึกข้อมูล >> ข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ (F3)

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ บันทึก UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

ข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ จำนวน 1 รายการ

	รหัส	ผ่าตัด/หัตถการ	รหัสแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด	วันที่	เวลา	seq
+ เพิ่ม	8744	ROUTINE CHEST X-RAY		1/12/2564	13:55	1

ข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

รหัสผ่าตัด/หัตถการ * รหัสผ่าตัด/หัตถการ +

รหัสแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด รหัสแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด วันที่ * 1/12/2564 เวลา * 13:55

รหัสแผนกที่รับบริการ * ชื่อแผนกที่รับบริการ ราคาค่าบริการ

รหัสแผนก... XX ชื่อแผนกที่รับบริการ ราคาค่าบริการ

ยกเลิก ตกลง

บันทึกข้อมูลรหัสผ่าตัด/หัตถการให้ถูกต้องครบถ้วน (ถ้ามี)

การบันทึก

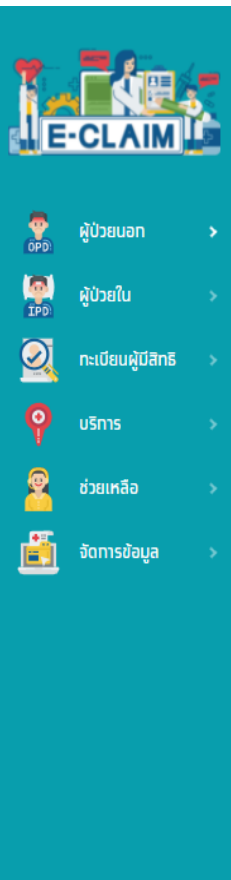
ค่ารักษาพยาบาล

- ผู้ป่วยนอก

เลือกเมนู ค่ารักษาพยาบาล (F7)

- ผู้ป่วยใน

เลือกเมนู ค่ารักษาพยาบาล (F5)



ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ บันทึก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มขรัง(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์		เบิกได้	เบิกไม่ได้
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ	0.00	0.00
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ไม่ผ่าตัดรักษา	รายการ	0.00	0.00
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ	0.00	0.00
4	ยานำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ	0.00	0.00
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		0.00	0.00
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		0.00	0.00
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	รายการ	0.00	0.00
8	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา.		0.00	0.00
9	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ.		0.00	0.00
10	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์		0.00	0.00
11	ทำหัตถการและบริการวิสัญญี.		0.00	0.00
12	ค่าบริการทางการแพทย์.	รายการ	0.00	0.00
13	บริการทางทันตกรรม		0.00	0.00
14	บริการทางการแพทย์ภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู		0.00	0.00
15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	รายการ	0.00	0.00
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด		0.00	0.00
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์		0.00	0.00
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค		0.00	0.00
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ	0.00	0.00
	ค่าใช้จ่ายสูง*		0.00	0.00
	รวมทั้งหมด		0.00	0.00

2 สิทธิ UC การรักษา

หน่วยบริการในระบบ UC



ผู้ป่วยนอก และใน
สถานพยาบาล
ณ ที่พำนักของผู้ป่วย

2.1



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 เหมาะจ่ายในอัตรา 4,000 บาทต่อราย
2. ดูแลการตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาะจ่ายในอัตรา 8,000 บาทต่อราย

CI/Hotel ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย แบบจัดอาหาร 3 มื้อ

1. ดูแลการ จำนวน 1-6 วัน เหมาะจ่ายในอัตรา 6,000 บาท ต่อราย
2. ดูแลการ ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เหมาะจ่ายในอัตรา 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 <u>รวมการจัดอาหาร</u>	6,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	ปรับเงื่อนไขการจ่าย
COVR15	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป <u>รวมการจัดอาหาร</u>	12,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	HI ไม่สามารถเบิกได้
COVR16	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน <u>ไม่รวมการจัดอาหาร</u>	4,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	คงเดิม
COVR17	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป <u>ไม่รวมการจัดอาหาร</u>	8,000.00	เหมาจ่าย	หมวด 1	คงเดิม
COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (<u>OP self Isolation</u>)	500.00	ราย	หมวด 1	ปรับอัตราจ่าย
COVR23	ค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น กรณี <u>OP self Isolation</u>	300.00	ราย	หมวด 1	ยกเลิก

ตัวอย่างการบันทึกเบิก ค่าบริการ OP-Self Isolation

กลุ่มที่ 1 : ไม่มีอาการหรือสบายดี และ กลุ่มที่ 2 : มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การคัดกรอง(F3) ค่าใช้จ่าย(F4) นมิ่ง(F5) บริการเฉพาะ(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7)

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	รายการ	เบิกได้	เบิก
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ	0.00	
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	รายการ	0.00	
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดดำใน รพ.	รายการ	0.00	
4	ยานำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ	0.00	
5	เวชภัณฑ์ไม่ขาย		0.00	

รหัสเบิก	รายการ
COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)

คำห้อง/ค่าอาหาร

รหัส * **1**

COVR22 ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)

หน่วย ราคากลาง จำนวน * **2** พึงเบิกได้ ขอเบิก * **3** ส่วนเกิน

ราย 500.00 1 500.00 500.00 0.00

รหัสที่หัก

รหัสที่หัก

4

เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

จำนวน 1 รายการ

	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วน
	COVR22	ค่าบริการดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP self Isolation)	ราย	500.00	1	500.00	500.00	0.00

รวม : พึงเบิกได้ : ขอเบิก : ส่วนเกิน :

500.00 500.00 0.00

5

ยกเลิก ตกลง

ตัวอย่างการบันทึก

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

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การคัดกรอง(F3) ค่าใช้จ่าย(F4) นมิ่ง(F5) บริการเฉพาะ(F6) **ค่าบริการนอก(F7)**

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	รายการ	เบิกได้
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ	0.00
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	รายการ	0.00
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดดำใน รพ.	รายการ	0.00
4	ยานำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ	0.00
5	เวชภัณฑ์ไม่ขาย		0.00

ค่าห้อง/ค่าอาหาร

รหัส * **1**

COVR14 ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน รวมการจัดอาหาร

หน่วย ราคากลาง จำนวน * **2** พึ่งเบิกได้ ขอเบิก * **3** ส่วนเกิน



เหมาจ่าย 6,000.00 1 6,000.00 6,000 0.00

รหัสที่พิก

รหัสที่พิก

4

เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึ่งเบิกได้	ขอเบิก	ส่วน
 	COVR14	ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย 1-6 วัน รวมการจัดอาหาร	เหมาจ่าย	6,000.00	1	6,000.00	6,000.00	0.00

รวม : พึ่งเบิกได้ : ขอเบิก : ส่วนเกิน :

0.00

ยกเลิก **5** ตกลง

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 <u>เตียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen</u>	400.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR19	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 2.1 ใช้ Oxygen Canula</u>	1,000.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR20	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 2.2 ใช้ Oxygen High flow</u>	1,500.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิมปรับราคา
COVR21	ค่าห้องรวมค่าอาหาร <u>เตียงระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ</u>	7,500.00	วัน	หมวด 1	รหัสเดิม ราคาเดิม

ตัวอย่างการบันทึก

กลุ่มที่มีอาการปอดอักเสบ ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	<input type="button" value="รายการ"/>
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	<input type="button" value="รายการ"/>
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	<input type="button" value="รายการ"/>

ค่าห้อง/ค่าอาหาร

รหัส * **1**

COVR21 ค่าห้องรวมค่าอาหาร เต็มระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน * 2	พึงเบิกได้	ขอเบิก * 3	ส่วนเกิน
วัน	7,500.00	24	180,000.00	180,000.00	0.00

รหัสที่พิก

รหัสที่พิก

4

จำนวน 1 รายการ

	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
<input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบ"/>	COVR21	ค่าห้องรวมค่าอาหาร เต็มระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ	วัน	7,500.00	24	180,000.00	180,000.00	0.00

รวม : พึงเบิกได้ : ขอเบิก : ส่วนเกิน :

180,000.00 180,000.00 0.00

5 **6**

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

หมายเหตุ กรณีอาการสีเหลือง แดง ต้องมีหัตถการที่สอดคล้องกับรหัสที่เบิก

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าบริการในหมวด ค่ายา

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) AE,RF,CA(F4) คำรักษาพยาบาล(F5)

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	รายการ
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ
4	ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	รายการ

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 : ฟิาทะเลายโจร

ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.

หมวดยา * ประเภท

ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. ประเภท

Working Code * 1 ชื่อยา

COVID-DRUG11 ฟิาทะเลายโจร

หน่วย ราคาขาย จำนวน * 2 ฟิงเบิกได้ ขอเบิก * 3 ส่วนเกิน

ฟิาทะเลายโจร ราคาขาย 2.0000 0.00 120.00 0.00

เหตุผล

เหตุผล



PA No. รหัสวิธีใช้ยา วิธีใช้ยา

PA No. รหัสวิธีใช้ยา วิธีใช้ยา

รหัสแผนกที่รับบริการ ชื่อแผนกที่รับบริการ

รหัสแผนก... XX ชื่อแผนกที่รับบริการ

4 เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

	Working Code	TMTID	ชื่อยา	หน่วย	ราคาขาย	จำนวน	ฟิงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
 	COVID-DRUG11		ฟิาทะเลายโจร	ฟิาทะเลายโจร		2	0.00	120.00	0.00

หมายเหตุ: ตัวหนังสือสีแดง หมายถึง รายการยาดังกล่าว ไม่มีใน Drug Catalog ไม่สามารถบันทึกเบิกได้

รวม: ฟิงเบิกได้: 0.00 ขอเบิก: 120.00 ส่วนเกิน: 0.00

ยกเลิก ตกลง 6

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 โดยการป้ายยาล้างโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	PCR2G	LAB RT-PCR (2 Genes) <u>และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ Lab</u>	800	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes) <u>และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ Lab</u>	1,000	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	100	หมวด 19	รหัสถูกยกเลิก
การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample	Salva2	Lab saliva+บริการตรวจ Lab <u>และค่าเก็บตัวอย่าง</u>	180	หมวด 7	รหัสถูกยกเลิก
	Nswab2	Lab Nswab + บริการตรวจ Lab <u>และค่าเก็บตัวอย่าง</u>	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 <u>รวมค่าเก็บตัวอย่าง</u>	900	หมวด 7	รหัสใหม่

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าบริการในหมวด ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) AE,RF,CA(F4) **ค่าบริการพยาบาล(F5)**

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	รายการ
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ
4	ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	รายการ
8	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา.	

ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

รหัส * 1 AgPRO ชื่อวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา ตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

LABCODE LABCODE TMLTCODE TMLTCODE LOINC LOINC

หน่วย ครั้ง ราคากลาง 200.00 จำนวน * 2 1 ฟังเบิกได้ 200.00 ขอเบิก * 3 200.00 ส่วนเกิน 0.00

ผลตรวจ 4 No Result POSITIVE NEGATIVE

ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 00.00 รหัสแผนกที่รับบริการ XX ชื่อแผนกที่รับบริการ

5 **เพิ่มรายการ** ล้างข้อมูล

จำนวน 1 รายการ

	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	ฟังเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
	AgPRO	ตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test	ครั้ง	200.00	1	200.00	200.00	0.00

รวม : ฟังเบิกได้ : 200.00 ขอเบิก : 200.00 ส่วนเกิน : 0.00

ยกเลิก **ตกลง** 7

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 <u>เพียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen</u>	300	วัน	หมวด 19	รหัสถูกยกเลิก
145011	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ <u>เพียงระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen</u>	150	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145012	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ <u>เพียงระดับ 2.1 ใช้ Oxygen Canula</u>	1,100	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145013	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ <u>เพียงระดับ 2.2 ใช้ Oxygen High flow</u>	2,750	วัน	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
145015	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ <u>เพียงระดับ 3 ใส่เครื่องช่วยหายใจ</u>	11,000	วัน	หมวด 19	รหัสเดิม ราคาเดิม

ตัวอย่างการบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) AE_RF_CA(F4) คำรักษาพยาบาล(F5)

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	รายการ
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ * 1

145011 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เต็มระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน * 2	พึงเบิกได้	ขอเบิก * 3	ส่วนเกิน
วัน	300.00	10	3,000.00	3,000.00	0.00

4

เพิ่มรายการ

ล้างข้อมูล

จำนวน 1 รายการ

	รหัสรายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
 	145011 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เต็มระดับ 1 ไม่ใช้ Oxygen	วัน	300.00	10	3,000.00	3,000.00	0.00

5

หมายเหตุ: บันทึกรายการขอรับการชดเชยพาหนะดังนี้

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801
- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะเกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ 2 รหัส คือ รหัส S1801 และรหัส S1802 โดยให้ระบุ ระยะทางไปกลับ เป็นกิโลเมตรด้วย

รวม : พึงเบิกได้: ขอเบิก: ส่วนเกิน:

3,000.00

3,000.00

0.00

6

ยกเลิก

ถัดไป

ข้อควรระวัง การเบิก PPE ต้องสัมพันธ์กับ รหัสเบิกค่าห้อง จำนวนวันนอน และรหัสโรค ตามความรุนแรงของโรคเขียว เหลือง แดง

2.3

ค่าพาหนะรับส่งต่อ



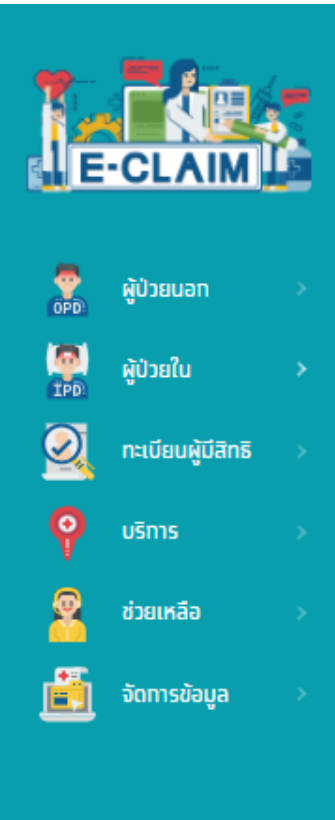
เฉพาะการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยใน รพ.

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



ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ

บันทึก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัดหัตถการ(F3)

AE,RF,CA(F4)

คำรักษาพยาบาล(F5)

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ

1

มีการส่งต่อ

เลขที่ใบรับส่งต่อ

2

XXXXXX

รับจาก

รับจาก

วัตถุประสงค์การรับ วินิจฉัย รับรักษา รับไว้รักษาต่อเนื่อง(ส่งกลับ) ตามความต้องการผู้ป่วย

3

ส่งต่อ

10689 อ่างทอง,รพท.

4

วัตถุประสงค์การส่งต่อ วินิจฉัย รับรักษา รับไว้รักษาต่อเนื่อง(ส่งกลับ) ตามความต้องการผู้ป่วย

ยกเลิกการจ่ายชดเชยกรณีรับ-ส่งต่อจาก รหัส

Co001 HOSPITEL

Co002 รพ.สนาม

Co003 สถานที่กักกัน

Co004 สนามบิน

Co005 ที่พัก

Co006 อื่นๆ

การบันทึกเบิก ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) AE_RF_CA(F4) ค่ารักษาพยาบาล(F5)

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	รายการ
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ * 1

COVV01 ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE

หน่วย ราคากลาง จำนวน * 2 พึ่งเบิกได้ ขอเบิก * 3 ส่วนเกิน

ครั้ง 500.00 1 500.00 500.00 0.00

4

เพิ่มรายการ

ล้างข้อมูล

จำนวน 3 รายการ

	รหัสรายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึ่งเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
 	S1801 ค่าพาหนะในการส่งต่อระยะทางไป - กลับ ไม่เกิน 50 กม.	ครั้งละ	500.00	1	500.00	500.00	0.00
 	S1802 ค่าพาหนะในการส่งต่อระยะทางไป - กลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร	กิโลเมตรละ	4.00	159	636.00	636.00	0.00
 	COVV01 ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE	ครั้ง	500.00	1	500.00	500.00	0.00

5

หมายเหตุ: บันทึกรายการขอรับการชดเชยพาหนะดังนี้

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะเกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ 2 รหัส คือ รหัส S1801 และรหัส S1802 โดยให้ระบุ ระยะทางไปกลับ เป็นกิโลเมตรด้วย

รวม : พึ่งเบิกได้: ขอเบิก: ส่วนเกิน:

1,636.00

1,636.00

0.00

6

ยกเลิก

ตกลง

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

ผู้ป่วยใน / สร้าง บันทึกผู้ป่วยใน

กลับ

บันทึก

2

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัดหัตถการ(F3)

AE,RF,CA(F4)

ค่ารักษาพยาบาล(F5)

รายงานแบบละเอียด รายงานแบบสรุป

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์		เบิกได้	เบิกไม่ได้
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ	180,000.00	0.00
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	รายการ	0.00	0.00
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ	0.00	0.00
4	ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ	0.00	0.00
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		0.00	0.00
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต		0.00	0.00
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	รายการ	1,000.00	0.00
			0.00	0.00
			0.00	0.00
			0.00	0.00
10	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์		0.00	0.00
11	ทำหัตถการและบริการวิสัญญี.		0.00	0.00

บันทึกค่าใช้จ่ายอื่นๆ ให้ครบถ้วน



- ผู้ป่วยนอก >
- ผู้ป่วยใน >
- ทะเบียนผู้มีสิทธิ >
- บริการ >
- ช่วยเหลือ >
- จัดการข้อมูล >



ขอบคุณค่ะ

สายด่วนให้คำปรึกษาโรงพยาบาล (Provider Center)

หมายเลข 02-554-0505

e-mail: providercenter@nhso.go.th

**เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการเบิกจ่าย โปรแกรม
การโอนเงิน ฯลฯ**