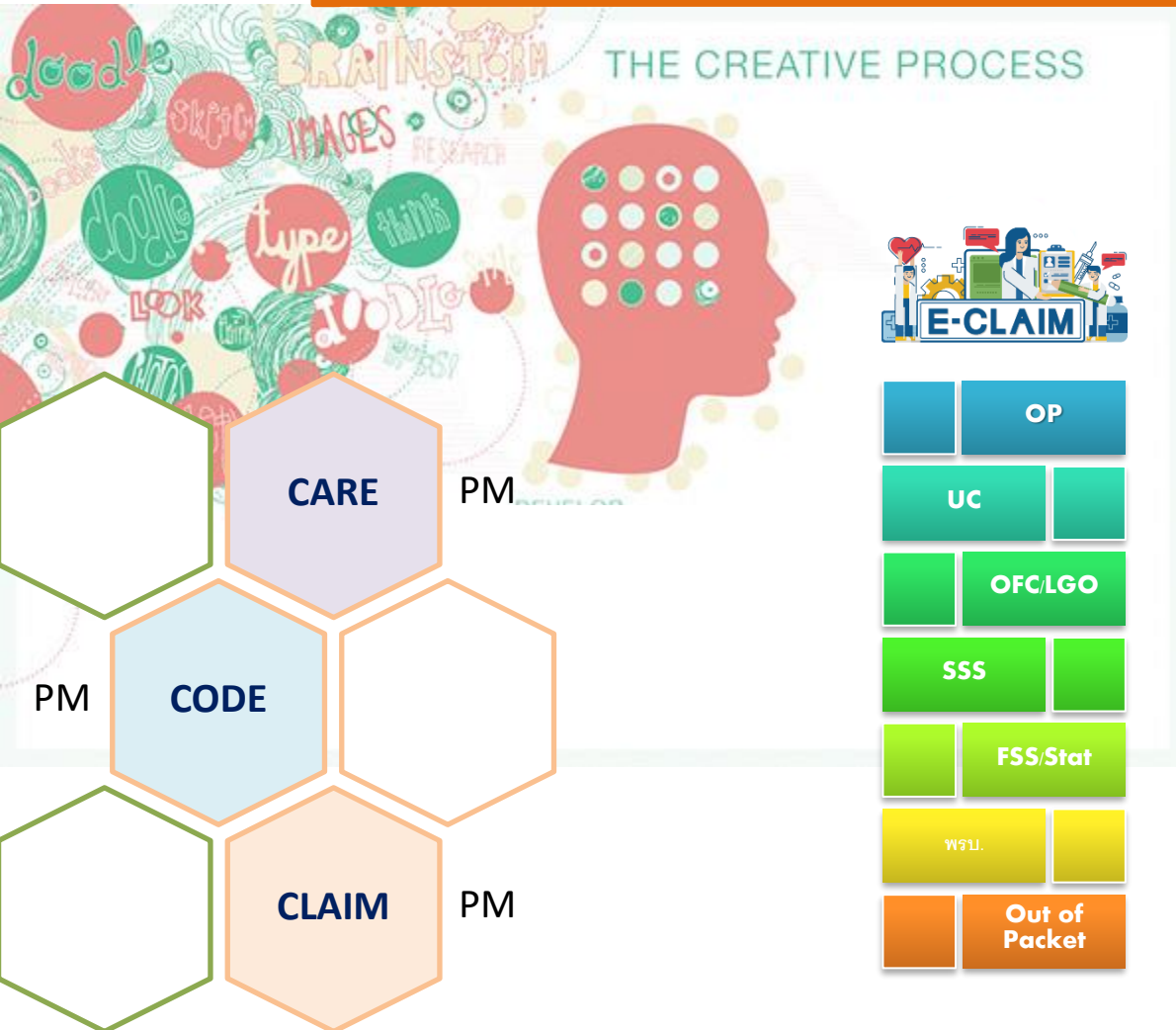


Claim 2567 OP



สิทธิการรักษาอย่างน้อย 7 สิทธิ ดังต่อไปนี้

1. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
2. เบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)
3. สิทธิประกันสังคม (SSS)
4. สิทธิพนักงานท้องถิ่น (Local Government Officers: LGO)
5. สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว(FSS)
6. ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ(Stateless)
7. สิทธิชำระเงินเอง (Out of Pocket) , พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

พิทักษ์ชัย จิตรมั่น

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหลชาธิราช



ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรงพยาบาล



E-Claim
UC:PP/OP/IP

E-Claim
LGO / OFC

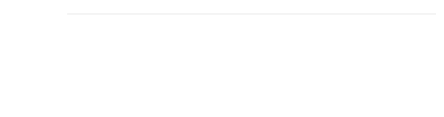
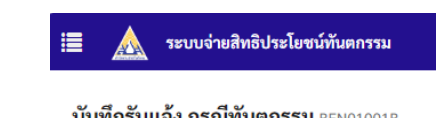
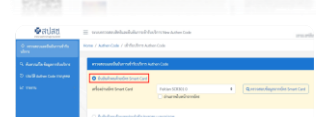
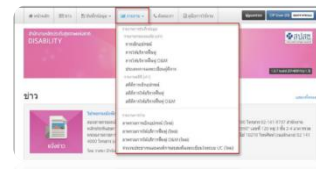
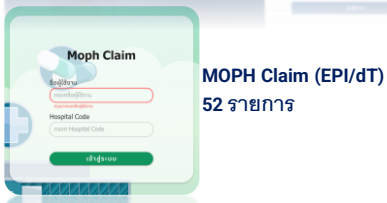
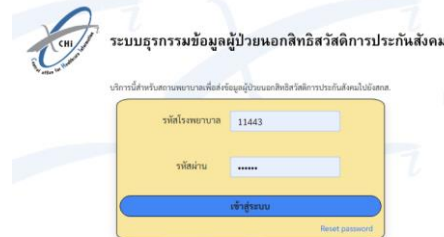
SSOP
AIPN

FWF
STATE

พรบ.รช
ประกันชีวิต



#	รายการเบิกจ่าย
1	ค่าบริการทางการแพทย์
2	ค่าบริการทางการแพทย์
3	ค่าบริการทางการแพทย์
4	ค่าบริการทางการแพทย์
5	ค่าบริการทางการแพทย์
6	ค่าบริการทางการแพทย์
7	ค่าบริการทางการแพทย์
8	ค่าบริการทางการแพทย์
9	ค่าบริการทางการแพทย์
10	ค่าบริการทางการแพทย์
11	ค่าบริการทางการแพทย์
12	ค่าบริการทางการแพทย์
13	ค่าบริการทางการแพทย์
14	ค่าบริการทางการแพทย์
15	ค่าบริการทางการแพทย์
16	ค่าบริการทางการแพทย์
17	ค่าบริการทางการแพทย์
18	ค่าบริการทางการแพทย์
19	ค่าบริการทางการแพทย์
20	ค่าบริการทางการแพทย์





ผลลัพธ์การค้นหา มีข้อมูลจำนวนทั้งหมด 1 รายการ

*** กรุณาคลิกที่ 🔍 เพื่อดูรายละเอียดประเภทการขึ้นทะเบียน



<< < 1 > >>

ลำดับ	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	จังหวัดที่ตั้ง	เขตที่ตั้ง	สถานะการขึ้นทะเบียน	รายละเอียด
1	11443	รพร.เดชอุดม	อุบลราชธานี	เขต 10 อุบลราชธานี	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	🔍



โปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวอร์ชัน 1.4.15 (18-10-2566)

ค้นหาแบบทั่วไป

ค้นหาแบบหลายรายการ

🔗 คำอธิบายประเภทการขึ้นทะเบียน และ ศักยภาพการบริการ

รหัส

11443

คำนำหน้าชื่อหน่วยบริการ

— พิมพ์เพื่อค้นหา —

ชื่อหน่วยบริการ

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ** เมื่อมีการเลือก หรือ ลบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ข้อมูลศักยภาพการบริการที่เลือกไว้ จะถูกล้างออกไป

— พิมพ์เพื่อค้นหา —

ศักยภาพการบริการ

— พิมพ์เพื่อค้นหา —

สังกัดหลัก

— เลือกทั้งหมด —

สังกัดย่อย

— เลือกทั้งหมด —

สปสช.เขตที่ตั้ง

— เลือกทั้งหมด —

จังหวัดที่ตั้ง

— พิมพ์เพื่อค้นหา —

อำเภอ/เขตที่ตั้ง

— พิมพ์เพื่อค้นหา —

ตำบล/แขวงที่ตั้ง

— พิมพ์เพื่อค้นหา —



ล้างข้อมูล



ค้นหาข้อมูล

ภาพรวมงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี2567



หน่วย : ล้านบาท

รายการ	[1] ปี 2566 [ได้รับ]	[2] ปี 2567 [ข้อเสนอเดิม]	[3] ปี 2567 [ข้อเสนอปรับปรุงรวม นโยบายรัฐ]	[4]=[3]-[1] ผลต่าง 67 ปรับปรุง กับ 66	[5] % growth
กลุ่ม A - งบเหมาจ่ายรายหัว	161,602.67	164,012.55	168,702.96	7,100.30	4.4%
1 ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว					
- อัตราเหมาจ่าย (บาท/ประชากร) *	3,385.98	3,440.51	3,538.90	152.92	4.5%
- ประชากรสิทธิ (ล้านคน)	47.73	47.67	47.67	-0.06	-0.1%
กลุ่ม B - ค่าบริการอื่นๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว	16,681.27	20,238.05	21,854.13	5,172.86	31.0%
2 ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	3,978.48	4,084.55	4,084.55	106.07	2.7%
3 ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9,952.18	12,953.31	12,953.31	3,001.14	30.2%
4 ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (DM/HT และจิตเวช)	1,071.47	1,197.62	1,197.62	126.14	11.8%
5 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร	1,490.29	1,490.29	1,490.29	-	0.0%
6 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	188.85	512.29	2,128.37	1,939.51	1,027.0%
กลุ่ม C - รายการใหม่/แยกมาจากเหมาจ่าย	25,856.09	28,199.23	30,971.86	5,115.77	19.8%
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2,772.00	2,550.60	2,550.60	-221.40	-8.0%
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	1,265.65	1,526.40	2,952.76	1,687.11	133.3%
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนพื้นจังหวัด	-	530.71	530.71	530.71	100.0%
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	437.34	603.33	642.81	205.47	47.0%
9 ค่าบริการเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	21,381.11	22,988.18	24,294.98	2,913.87	13.6%
รวมทั้งสิ้น (กลุ่ม A+B+C) รวมเงินเดือน	204,140.03	212,449.83	221,528.95	17,388.92	8.5%
เงินเดือนภาครัฐในระบบ	61,842.09	65,552.62	63,232.16	1,390.07	2.2%
คงเหลือเป็นเงินกองทุนฯ ที่ส่งให้ สปสช.	142,297.94	146,897.21	158,296.79	15,998.85	11.2%

3

งบประมาณกองทุนUCปีงบประมาณ 2566



เปรียบเทียบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปี 2564 และ ปี 2565 (บาท : ผู้มีสิทธิ)



ประเภทบริการ	ปี 2564	ปี 2565	เปลี่ยนแปลง
1.ผป.นอกทั่วไป	1,280.01	1,305.07	+25.06
2.ผป.ในทั่วไป	1,440.03	1,460.59	+20.56
3.บริการกรณีเฉพาะ	372.97	395.14	+22.17
4.บริการสร้างเสริมป้องกันโรค	455.39	ย้ายไปนอกเหมาจ่าย	
5.บริการฟื้นฟูด้านการแพทย์	18.40	18.73	+0.33
6.บริการแผนไทย	17.90	19.00	+1.10
7.ค่าบริการฯเบ็ดเตล็ดงบลงทุน	128.69	128.69	-
8.เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้/ผู้รับฯ	3.84	ย้ายไปนอกเหมาจ่าย	
9.การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพฯ	2.00	2.00	-
รวม	3,719.23	3,798.61	หน้า: 6 +79.38

งบเหมาจ่ายรายหัวปี 2566 / สิทธิบัตรทอง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3,385.98 บาท/ประชากร

ประเภทบริการ	อัตรา (บ.)	ผลต่างปี 65 (บ.)	% เพิ่ม-ลด
1.ผู้ป่วยนอก	1,344.40	39.33	3.0%
2.ผู้ป่วยใน	1,477.01	16.42	1.1%
3.กรณีเฉพาะ	399.49	4.35	1.1%
4.ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	17.23	-1.50	-8%
5.แพทย์แผนไทย	19.16	0.16	0.8%

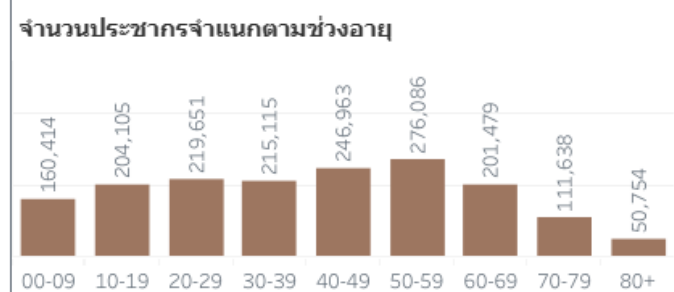
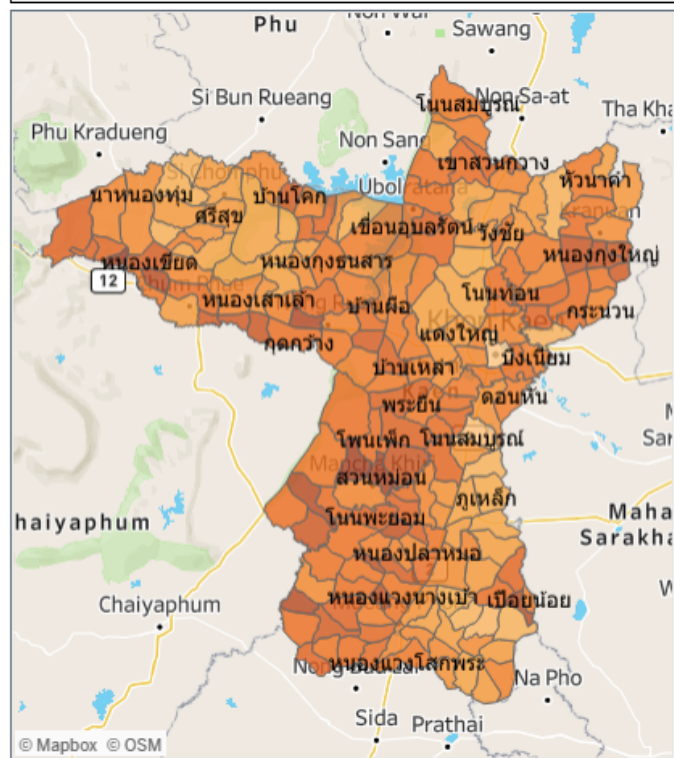
ค่าบริการ P&P
(322.56 บาท X ปชก.ทุกสิทธิ 66.286 ล้านคน*)



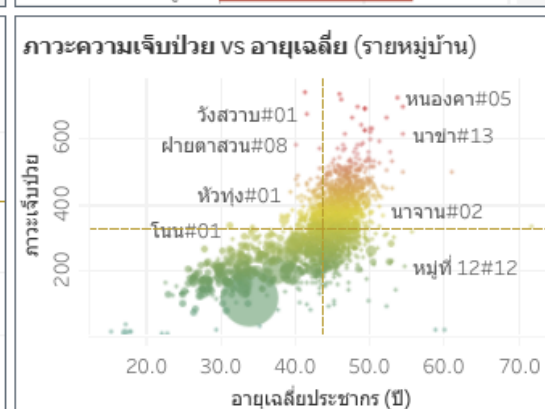
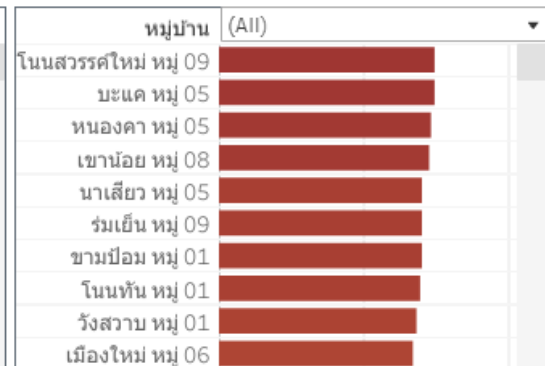
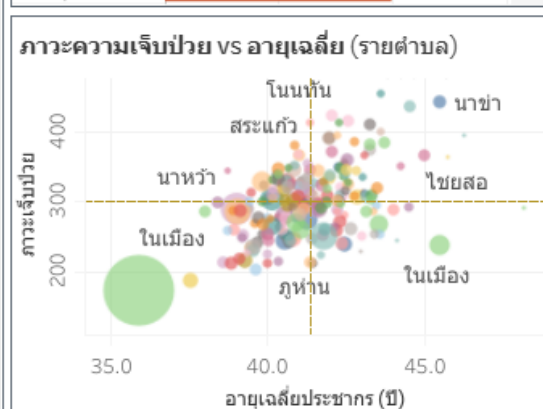
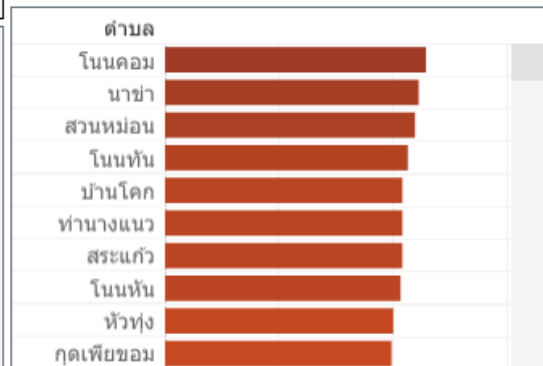
ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชากรรายพื้นที่ (Area-based Population Health Profile)

คำชี้แจง: กรุณาเลือก เขต->จังหวัด->อำเภอ ตามลำดับ..

พื้นที่ สปสช.เขต	จังหวัด	อำเภอ
เขต 7 ขอนแก่น	ขอนแก่น	(All)



ประชากร (คน)	อายุเฉลี่ย(ปี)	ผู้สูงอายุ	เบาหวาน	ความดัน	หลอดเลือดสมอง	มะเร็ง	วัณโรค	ไตวาย	CCI Score
1,687,575	40.4	21.6%	5.7%	7.2%	0.7%	0.6%	0.2%	0.6%	278.1



กลุ่มโรค 5	
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วน..	261,800
ความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน	152,748
โรคความดันโลหิตสูง	121,056
โรคของช่องปาก ต่อม้ำลาย แ...	109,372
เบาหวาน	96,260
โรคของหลอดเลือด กระเพาะ..	83,366
โรคติดเชื้อที่ลำไส้	46,820
โรคของหลัง	37,898
โรคข้อ	28,740
ความผิดปกติที่เยื่อตา	26,538
การบาดเจ็บที่ศีรษะ	25,526
การติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อ..	25,256
ผิวหนังอักเสบ	23,618
การบาดเจ็บที่ข้อมือและมือ	21,117
ความผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งครา..	20,232
โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส..	19,778
การบาดเจ็บที่ข้อเท้าและเท้า	19,713
การบาดเจ็บที่เข่าและขาหนีบ..	19,394
ความผิดปกติทางเมตาบอลิก	18,075
โรคอื่นของระบบบัสสาวะ	14,744

[illegible]

<https://medata.nhso.go.th/appcenter/service/index>



ประเภทการเบิกจ่ายเงิน บริการผู้ป่วยนอก OP-UC

UC ใน CUP ในอำเภอเคชอุดม

- เหมจ่ายรายหัว 80%+20% (1 เม.ย. ตัวแทนการจ่าย)
- ER คุณภาพ (นอกเวลาราชการ วันจ-ศ 16.31-24.00 น.,วัน ส-อ เวลา08.31-24.00 น.) 150 บาท/visit
- OP UCEP ภาครัฐ **ถูกเงินวิกฤต !**
- CA Anywhere :จ่ายตามรายการ Fee Schedule CA

UC นอก CUP ในจังหวัด ต่างอำเภอ

- OP UCEP ภาครัฐ **ถูกเงินวิกฤต !**
- CA Anywhere :จ่ายตามรายการ Fee Schedule CA
- OP Anywhere ,OP Walk in:จ่ายตามรายการ Fee Schedule **โรคที่มีความจำเป็น!**
- ER คุณภาพ (นอกเวลาราชการ วันจ-ศ 16.31-24.00 น.,วัน ส-อ เวลา08.31-24.00 น.) 150 บาท/visit
- นค.1:จ่ายตามหลักเกณฑ์จังหวัด(Virtual account/Clearing house)

UCนอกCUP ต่างจังหวัด

- OP UCEP ภาครัฐ **ถูกเงินวิกฤต !**
- OP AE :จ่ายตามจริง/90% **อุบัติเหตุ ถูกเงิน!**
- OP Anywhere , OP Walk in:จ่ายตามรายการ Fee Schedule **โรคที่มีความจำเป็น!**
- CA Anywhere :จ่ายตามรายการ Fee Schedule
- ย้ายหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที

นค.1:ตามหลักเกณฑ์จังหวัด(Virtual account/Clearing house)

- ตามข้อตกลง จังหวัด
- รูปแบบตาม สสจ.ประกาศ



กองทุน ER คุณภาพ (นอกเวลาราชการ150 /visit)

H58	บริการ ER คุณภาพ
-----	------------------

- วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 16.31-08.30 น.
- วันเสาร์ - วันอาทิตย์ เวลา 00.01-24.00 น.

ระดับ	ประเภท	สี	ความเร่งด่วน	ตัวอย่าง
1	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต RESUSCITATION	แดง	ตรวจทันที	ไม่รู้สึกตัว การหายใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้น ชักอย่างต่อเนื่อง ภาวะช็อค เพื่อช่วยร่นแรง
2	ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก EMERGENCY	ชมพู	ตรวจหลังสีแดง หรือภายใน 10 นาที	เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน อ่อนแรงครึ่งซีก เฉียบพลัน มีอาการสับสนหรือซึมลง กว่าปกติ กินสารพิษ ทุพพิษกัด

2	ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก EMERGENCY	ชมพู	ตรวจหลังสีแดง หรือภายใน 10 นาที	เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน อ่อนแรงครึ่งซีก เฉียบพลัน มีอาการสับสนหรือซึมลง กว่าปกติ กินสารพิษ ทุพพิษกัด
---	---------------------------------	------	------------------------------------	--

3	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน URGENCY	เหลือง	ตรวจหลังสีชมพู หรือภายใน 30 นาที	ใส่ดิงอีกเสบเฉียบพลัน แผลฉีกขาด ขนาดใหญ่ แขนขาบวมผิดปกติ ไหลหลุด แผลที่กระดูกตา
4	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง SEMI - URGENCY	เขียว	ตรวจหลังสีเหลือง หรือภายใน 60 นาที	ใช้หวัดตามฤดูกาล ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้อง/ศีรษะไม่รุนแรง ข้อเท้าพลิก ไม่มีรูป แผลฉีกขาดเล็กน้อย
5	ผู้ป่วยทั่วไป NON - URGENCY	ขาว	ตรวจ OPD ในเวลาราชการ	ล้างแผลเก่า ฉีดยาตามนัด มารับยาเดิม ขอใบรับรองแพทย์

UCEP /UCEP PLUS

- OP

- IP 24 ชม.แรก

6 อาการที่เข้าข่าย ภาวะฉุกเฉินวิกฤต...

- หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ
- หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง
- ซีมีลง เหงื่อแตก ตัวเย็น
- เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง
- แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกพูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วนหรือชักต่อเนื่องไม่หยุด
- อาการอื่นที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หากพบอาการที่เข้าข่าย

- มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
- มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ
- หายใจลำบากเฉียบพลัน
- มีภาวะช็อค
- มีภาวะโคมา ซึมลง ชักเกร็ง
- ปอดอักเสบ ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง
- มีไข้สูง 39 ค่าออกซิเจนน้อยกว่า 94%

อาการนอกเหนือ UCEP ภาครัฐ

- มีสาเหตุภายนอกการบาดเจ็บ External cause (V,W,X,Y)
- รับบริการช่วงเวลาที่กำหนด นอกเวลาราชการ150 /visit
- มีห้องบริการแยกชัดเจน

ฉุกเฉินไม่รุนแรง เจ็บป่วยตามการรับรู้ของประชาชน กรณีที่มีเหตุสมควร 150 บาท/visit

- รับบริการช่วงเวลาที่กำหนด นอกเวลาราชการ150 /visit
- มีห้องบริการแยกชัดเจน

มีห้องบริการแยกชัดเจน ดังนี้

๑.บริการฉุกเฉินและบริการฉุกเฉินไม่รุนแรง

- ๑.๑ มีการจัดห้องแยกเฉพาะและมีอุปกรณ์ตามแนวทางการบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ๑.๒ จัดบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามมาตรฐานที่กำหนด

๒.ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน

- ๒.๑ มีการจัดห้องแยกเฉพาะและมีอุปกรณ์ตามแนวทางการบริการ
- ๒.๒ จัดบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามแนวทางของหน่วยบริการโดย
อย่างน้อยต้องมีแพทย์ประจำ

รูปแบบการจัดบริการ หน่วยบริการมีการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

- ๑.ห้องฉุกเฉินคุณภาพ สำหรับการจัดการผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง
๒. ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีเหตุสมควร
และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปตามความจำเป็นของผู้มีสิทธิ

กองทุน ER คุณภาพ (นอกเวลาราชการ150 /visit)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ วรรคสอง (๑) แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๑๓๐) ถึง (๑๓๑) ของข้อ ๔ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

➤ วันจันทร์ - วันศุกร์

เวลา 16.31-08.30 น.

➤ วันเสาร์ - วันอาทิตย์

เวลา 00.01-24.00 น.

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการตามข้อ ๓ แห่งประกาศนี้ ที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ของข้อ ๔ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายเจด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการดังต่อไปนี้ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน



พิทักษ์ชัย จิตระมัย

ศูนย์ประสานงานสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

FS OP Anywhere , OP Walk in

หลักการสำคัญ

1. การใช้บริการ : เป็นการให้บริการ OP ที่มีเหตุสมควร และจำเป็นต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น (ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของตนเอง)
2. ประเภทบริการ : เป็นบริการระดับปฐมภูมิ
3. การเข้ารับบริการของประชาชน และอัตราจ่าย : จ่ายตามระบบ point system with GB
 - 3.1 ในจังหวัด : เข้ารับบริการยัง รพช./รพท./รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด) จ่ายตาม Fee schedule
 - 3.2 ข้ามจังหวัด/ข้ามเขต
 - หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ที่ไม่มีแพทย์ประจำ) จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท/ครั้ง
 - หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (มีแพทย์ประจำปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์) จ่ายตาม Fee schedule
 - หน่วยบริการระดับ รพช./รพท./รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด) จ่ายตาม Fee schedule



ยาหมดมาขอรับยาที่ไม่ใช่
รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอน
อุด ขูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่าย
กองทุนย่อย)



ทำแผลต่อเนื่อง /ฉีดวัคซีน



เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด
ปวดท้อง เคืองตา ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์
ค่าบริการ OP Refer & OP AE

ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับ เสนัดล่วงหน้า /OP refer /OP AE /Follow up
/Cancer anywhere / กรณีโควิด /TB /HIV /ไตวายเรื้อรัง /PP และ
โครงการ หรือกองทุน อื่นๆ

ปี 2567

โครงการพิเศษ

WALKIN การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปฐมภูมิกรณีเหตุสมควร

เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจาก
การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน
หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

สิทธิ UC

จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด

- อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของ
ราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับ
งบประมาณ
- การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณี
หน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาท
ต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม ขดเขยตามอัตราที่กำหนดราคาที่
เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ

ตัวอย่างข้อมูล การส่งClaim

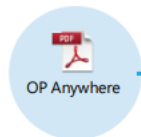
จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนด
เท่านั้น สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee
Schedule ให้แจ้งสปสข.เป็นรายการ

บริการผู้ป่วยนอกกรณี WALKIN แยกตามโรค 15 ลำดับแรก		
ICD10	Name	ครั้ง
Z242	Need for immunization against rabies	16
K053	Chronic periodontitis	7
R509	Fever, unspecified	4
K021	Caries of dentine	4
C182	Malignant neoplasm of colon, ascending colon	2
Z480	Attention to surgical dressings and sutures	2
F1025	Alcohol, Dependence syndrome, Continuous use	2
M7966	Pain in limb: lower leg	2
K0519	Chronic gingivitis, unspecified (TM)	2
Z269	Need for immunization against unspecified infectious disease	2
Z094	Follow-up examination after treatment of fracture	2
N201	Calculus of ureter	1
J069	Acute upper respiratory infection, unspecified	1
F1031	Alcohol, Withdrawal state, With convulsions	1
F1256	Cannabinoids, Psychotic disorder, Mixed	1
รวม		49

บันทึกข้อมูล ใน E claim on web

Pdx ICD10 ICD9 รหัสเบิก
ค่าบริการนอก (นอกเวลา) 55020/(นอกเวลา55021) 100 บาท
1. ตย. ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ
Pdx J00 /J069/J019 จ่ายยา Paracet / Chlorphen
cxr (ดู FS รหัส 41001 or 41003)
2. ตย. ทันตกรรม
Pdx k02.1 / K02.9 ICD9 2301 (ถอนฟันน้ำนม)
รหัสเบิก (ดู FS/กบ.ก.) 62101 = 350 บาท
3. ตย. รับยาเบาหวาน ความดัน
Pdx E112 , I10 จ่ายยา Daonil Metformin Anapril5
ยา Insulin Mixtard /syringe insulin (หมวด 5 OP5S050
15บาท/ชิ้น)
4. ตย. ทำแผล ฉีดยา
Pdx Z48.0 / Z24.2(rabies) / z23.5(Tetanus)
ICD9 93.56 / 93.57
รหัสเบิก หมวด12 บริการพยาบาล : ทำแผล 55811 170บาท/ครั้ง
หมวด11 หัตถการ ฉีดยา 55823 30 บาท/ครั้ง

FS OP Anywhere , OP Walk in 2566-2567



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการ
ได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ.2566

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

อัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) รายการยา จำนวน ๑,๘๑๖ รายการ ดังนี้

ลำดับ	รหัส	ชื่อสามัญทางยา	ความแรงของยา	รูปแบบของยา	ปริมาณ	หน่วยนับ	หน่วยการจ่าย	อัตราจ่าย
1	966705	activated charcoal	30 g	powder for oral suspension	30	g	sachet	64.00
2	537393	amikacin	250 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	14.00
3	229206	amoxicillin + clavulanic acid	500 mg + 125 mg	film-coated tablet			tablet	6.25
4	540355	ampicillin + sulbactam	2 g + 1 g	powder for solution for injection			vial	159.00
5	693923	atorvastatin	40 mg	film-coated tablet			tablet	6.25
6	256284	azithromycin	250 mg	capsule, hard			capsule	14.00
7	259452	bisphosphonate mesilate	12 mg	tablet			tablet	1.75
8	767025	calcium gluconate	0.45 mg/1 mL	solution for injection	10	mL	ampoule	13.00
9	528372	chloramphenicol	1 g/100 mL	ear drops, solution	10	mL	bottle	20.50
10	981632	ciprofloxacin	200 mg/100 mL	solution for infusion	100	mL	vial	36.50

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

อัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) แบ่งออกเป็น ๑๒ หมวด ๒,๓๐๖ รายการ ได้แก่

หมวด ๑ ค่าห้องและค่าอาหาร	จำนวน ๑ รายการ
หมวด ๒ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	จำนวน ๒๕ รายการ
หมวด ๕ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	จำนวน ๑๒ รายการ
หมวด ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	จำนวน ๑๒๓ รายการ
หมวด ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	จำนวน ๑,๐๑๗ รายการ

หมายเหตุ :

- การตรวจเนื้อศัลยกรรม (Surgical pathology) กรณีคิดตามขนาดหรือปริมาตรของชิ้นเนื้อ (คิดราคาแต่ละภาชนะ) รหัส ๓๘๐๐๑ - ๓๘๐๑๐
- กรณีคิดตามอวัยวะ (คิดราคาแต่ละภาชนะ) รหัส ๓๘๐๒๐ - ๓๘๒๓๐

หมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	จำนวน ๔๗๐ รายการ
ส่วนที่ ๑ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	จำนวน ๔๗๐ รายการ
ส่วนที่ ๒ ค่าบริการให้คำปรึกษาด้านรังสีวินิจฉัยหรือด้านรังสีรักษา	จำนวน ๑๓๖ รายการ

สำหรับหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญและสำนักงานเห็นชอบ

หมายเหตุ : นับจำนวนรายการเฉพาะส่วนที่ ๑

หมวด ๙ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	จำนวน ๗๔ รายการ
หมวด ๑๐ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	จำนวน ๓๐ รายการ
หมวด ๑๑ ค่าทำหัตถการและวิสัญญี	จำนวน ๓๙๖ รายการ
หมวด ๑๒ ค่าบริการทางการแพทย์	จำนวน ๒๗ รายการ
หมวด ๑๓ ค่าบริการทางทันตกรรม	จำนวน ๘๘ รายการ
หมวด ๑๔ ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู	จำนวน ๔๓ รายการ



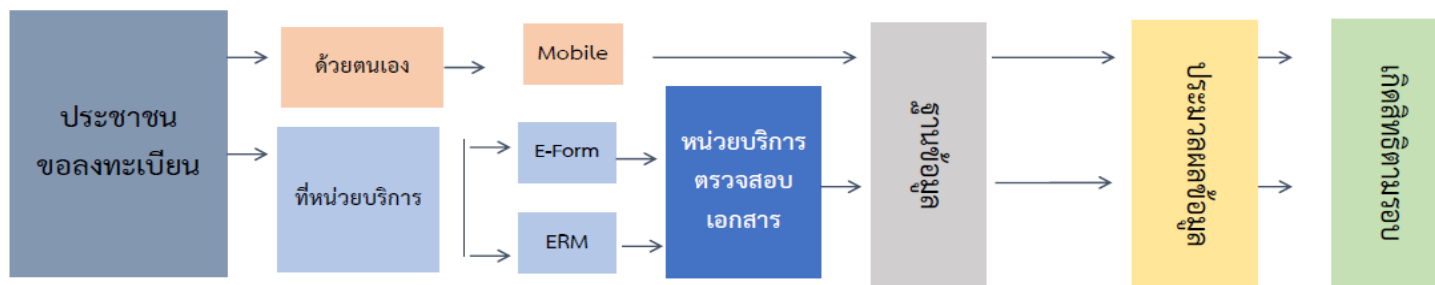
ย้ายหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที



ระบบประมวลผลข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ

ยกระดับบัตรทอง ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน

ระบบปัจจุบัน



หมายเหตุ :

เดิม : ตัดรอบทุกวันที่ 10,22 ของทุกเดือน และประมวลผลเกิดสิทธิ ในวันที่ 15,28 ตามลำดับ

ปัจจุบัน : เกิดสิทธิทันทีทุกระบบ การขอยกเลิกการลงทะเบียน ต้องทำหนังสือแจ้ง สปสช. เพื่อยกเลิกการลงทะเบียน

****การประมวลผลเกิดสิทธิ กรณียอมรับ/แก้ไข มติบอร์ด รอ 3 วันเหมือนเดิม**

ข้อมูลทั่วไป(F1)	การวินิจฉัยโรค(F2)	การผ่าตัดหัตถการ(F3)	ค่าใช้จ่ายสูง(F4)	มะเร็ง(F5)	บริการเฉพาะ(F6)	ค่ารักษาพยาบาล(F7)
วันที่เข้ารับบริการ * 15/10/2566						
ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก						
เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) * เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN)			ประเภทบัตร * 1 บัตรประชาชน			
สำเนา * 1 ค. ข.			ชื่อผู้ป่วย ชื่อผู้ป่วย			
เพศ * ชาย	ชน แกร็บ 0.0000	วันเกิด Normal Accident Emergency OP Refer ข้ามจังหวัด OP Refer ในจังหวัด				
อาชีพ * 000 ((-))			ย้ายหน่วยเกิดสิทธิทันที บริการเชิงรุก			
ข้อมูลสิทธิ <input checked="" type="radio"/> ใช้สิทธิ <input type="radio"/> ไม่ใช้สิทธิ			ดูตัวเลือก			
สิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC						

ย้ายก่อน ลงทะเบียนส่งตรวจ



FS CA Anywhere : มะเร็งไปรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม

CA Anywhere บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร

เงื่อนไขการเข้ารับบริการ

- 1 เป็นผู้ป่วยสัทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง
- 2 สามารถเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการใดก็ได้ที่พร้อมและมีศักยภาพภายในเขตบริการสุขภาพของท่าน เพื่อรับการวินิจฉัย และการรักษา
- 3 ครอบคลุมทุกวิธีการรักษา เช่น ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอริโมน ตามโปรโตคอลและมะเร็งทั่วไป
- 4 ครอบคลุมการตรวจ ติดตามหลังการรักษา (Follow Up) 3 ปี

ตรวจสอบ Dx.กองทุนมะเร็ง

□ ICD10

= C00-D48,Z511

□ ICD9CM

= 9925

หน่วยบริการจ่ายตามรายการ Fee Schedule

1. รังสีรักษา
2. เคมีระดับที่ 1 2 3

บริการ / ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

H1701

เคมีบำบัด ระดับที่ 1

01/10/2561



“ที่ไหนก็ได้ (ทั่วประเทศ)” หมายถึง โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีโรคมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ (ทั่วประเทศ) มีดังนี้

- 1 หน่วยบริการรับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การส่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
- 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ สปสช.กำหนด
- 3 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2 ที่ให้การรักษาและบริการโรคมะเร็งดังนี้
 - 3.1 การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการประเมินระยะของมะเร็ง (Staging) ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้ ไม่รวมการคัดกรองเบื้องต้น (Screening) หรือการศึกษาวินิจฉัย
 - 3.2 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น
 - 3.3 การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

ในกรณีที่มีสิทธิบัตรทองที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่มีอาการหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคมะเร็งสามารถขอรับคำปรึกษาหรือคัดกรองเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการประจำใกล้บ้านตามระบบปกติ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล หรือ สายด่วน สปสช. โทร.1330


Chemo/Radio-OP&IP

2566

2567

1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
5	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
6	มะเร็งปอด (Lung cancer)
7	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
8	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
9	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
10	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
11	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟบลาสต์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
14	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
15	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)
19	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

การรักษามะเร็งโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้



1. กรณีโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- ให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- ไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา (นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)

การให้เคมีบำบัดรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง



จ่ายชดเชยค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน/ค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผน เป็นรายครั้ง ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกแต่ไม่เกินอัตราเพดานที่กำหนดและได้รับค่าสมญา 160 บาท/วัน

- ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน /รังสีรักษา / รังสีวางแผน หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก



จ่ายตาม ระบบ DRGs with Global Budget

- **ในเขต** อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ
- **ข้ามเขต** Adj.RW 9,600 บาท/Adj.RW โดยไม่หักเงินเดือน

โปรแกรมฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง Thai Cancer Based (TCB) ต่อยอดเป็น TCB Plus



ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าสมญา 160 บาท/วัน และ รังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง+ค่าสมญา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดาน
มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่าย Deduct DRG (CCUF)และจ่ายเพิ่ม (Add on)ค่ายาและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ
	รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on
มะเร็งทั่วไป		จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on

กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก) ปี 2567

1. **หน่วยบริการรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง** ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การส่งการรักษา การพัฒนา และการบริหารยาเคมีบำบัด ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
 2. **หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา** สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ สปสช.กำหนด
 3. **หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2 ที่ให้การรักษาระยะแรกเริ่มและระยะต่อเนื่อง
- 3.1 การตรวจเพื่อวินิจฉัยการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการประเมินระยะของมะเร็ง (Staging) ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้ ไม่รวมการคัดกรองเบื้องต้น (Screening) หรือการศึกษาวินิจฉัย
 - 3.2 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น
 - 3.3 การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

ชนิดของมะเร็ง
มะเร็งตามโปรโตคอล

รักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามรายการ(แนบท้าย) ในประกาศ + ค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน

รักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 2,300 บาท

มะเร็งทั่วไป


รักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ปี 2567	หมายเหตุ
5. ชนิดของมะเร็ง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
มะเร็งตามโปรโตคอล	
รักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามรายการ(แนบท้าย) ในประกาศ + ค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน	
รักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 2,300 บาท	
มะเร็งทั่วไป	■ อ้างอิงแนวทางการรักษาตาม protocol ปี 2561 ■ รายการยามะเร็ง ตาม protocol ปี 2561
รักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท	

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)				
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2)				
No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเดือน 1 ข้าง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจ Gene mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งใช้ยา imatinib	จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	

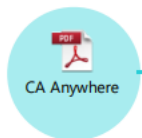




ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ.2566

ลำดับ	รายการยา							เรียกเก็บ			ลดหย่อน สปสช.	ลดหย่อน
1	1510231	767471	FOLICACID	FOLIC ACID TABLETS 5	ED	COVID,UCE		30	0.50	15.00	0.00	15.00
2	1510329	246778	LORAZEPAM	ANTA 1.0	ED			10	1.00	10.00	0.00	10.00
3	1510360	387088	METOCLOPRAMIDE	NAUSIL	ED	COVID,UCE		40	0.50	20.00	0.00	20.00
4	1510848	104539	omeprazole	MIRACID	ED	UCEP,COVI		30	1.50	45.00	0.00	45.00
5	1511012	556637	dexamethasone	DEXAMETHASONE	ED	CA_leukaemi		4	8.00	32.00	0.00	32.00
6	1560045	715616	ferrous fumarate	FEMARATE	ED			90	0.50	45.00	0.00	45.00
7	1570003	573172	Ondansetron	ONSIA INJECTION	ED	COVID,UCE		2	16.00	32.00	0.00	32.00
8	1590036	398705	ondansetron	ONSIA	ED	COVID,UCE		6	8.00	48.00	0.00	48.00
9	1590061	144609	doxorubicin hydrochloride	DOXORUBICIN HYDROC	ED	CA_P_Neuro	injection	2	900.00	1,800.00	220.00	440.00
10	1590062	141984	fluorouracil	FLUOROURACIL	ED	CA_Breast,C	injection	3	87.00	261.00	67.50	202.50
11	1620084	305239	dexamethasone	DEXAFOUR	ED	CA_myeloma		6	1.50	9.00	0.00	9.00
12	1620101	143526	cyclophosphamide	ENDOXAN	ED	CA_P_Ewing	injection	1	486.00	486.00	630.00	486.00
13	ค่าผสมยา	-	-	-	-	-	-	0	0.00	0.00	0.00	160.00
								224	1510.5	2803	917.5	1544.5

FS CA Anywhere : มะเร็งไปรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม 2566-2567



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน
หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวม
บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ.2566

๑.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข

สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์
ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้รับบริการที่มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัย
ที่ชัดเจน ซึ่งเข้าเงื่อนไขดังนี้

(ก) รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐาน
ของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการศึกษาวิจัย

(ข) รับรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(ค) รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึง
โรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(ง) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วม
ที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการ
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖”

FS CA Anywhere : มะเร็งไปรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม

รายชื่อหน่วยบริการรังสีรักษา เคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง	เขตที่ตั้ง	สถานะการขึ้นทะเบียน	สังกัดหลัก	สังกัดย่อย
5	4	10670	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)	กระทรวงสาธารณสุข
11	10	10708	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)	กระทรวงสาธารณสุข
27	26	13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐนอก สร.	โรงเรียนแพทย์

1	ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง	เขตที่ตั้ง	สถานะการขึ้นทะเบียน	สังกัดหลัก
12	11	10670	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)
46	45	10707	โรงพยาบาลทั่วไปมหาสารคาม	มหาสารคาม	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)
47	46	10708	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)
48	47	10709	โรงพยาบาลทั่วไปกาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)
85	84	10998	โรงพยาบาลทั่วไปชุมแพ	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)
124	123	13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐนอก สร.
142	141	22953	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	มหาสารคาม	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐนอก สร.

1	ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง	เขตที่ตั้ง	สถานะการขึ้นทะเบียน	สังกัดหลัก	สังกัดย่อย
8	7	12275	โรงพยาบาลทั่วไปสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รัฐในสร.(สังกัด สป.)	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)
11								
12								
13								
14								

OPAE

บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ
หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

UCนอกCUP ต่างจังหวัด

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง	แนวทางการดำเนินการ ใช้ตามปี 2566 ไป พลางก่อน จนกว่าจะมี การเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการ ครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ 	

8

อัตราจ่าย

- จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
- อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ

OP Refer

บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ 2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี รพ.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็น ต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ไปยัง รพ.มหาวิทยาลัยในจังหวัด	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC / PUC และ D1 (SSS)	
อัตราจ่าย	1. รายการ FS จ่ายตามอัตราที่กำหนด 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ <=1,600 จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ >1,600 จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim	

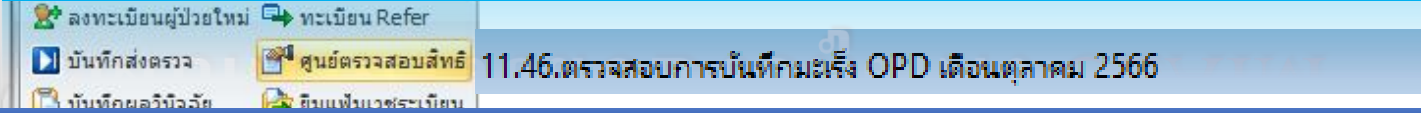
ยอดรวมค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกกรณี OP Refer



ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC / PUC และ D1 (SSS)
อัตราจ่าย	1. รายการ FS จ่ายตามอัตราที่กำหนด 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ <=1,600 จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ >1,600 จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim

- ใบส่งตัว
- หนังสือรับรองสิทธิ ระบุวันที่ชัดเจน

ลำดับการตรวจสอบข้อมูลการ CLAIM



ข้อมูลสิทธิการรักษา

รหัสสิทธิ	51	บัตรทอง ต่างอำเภอ (มี ท.)	เลขที่สิทธิ	F773412479503
วันเริ่มใช้	28/8/2563	สถานบริการหลัก	โรงพยาบาลนวมัย	24821
วันหมดอายุ	31/12/2599	สถานบริการรอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมือง	ตำบลเมือง 03800
บริษัทประกันสังคม		Auth Code	PP1300917990	
บริษัทผู้สัญญา		Project Code		

- Drag a column header here to group by that column
- ☐ บัตรทอง PP สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
 - ☒ บัตรทอง UCEP24 ชม. ลูกเงินวิกฤต
 - ☐ บัตรทอง ต่างจังหวัดลูกเงิน (ร่วมจ่าย 30 บาท)
 - ☒ บัตรทอง ต่างอำเภอ (มี ท.)
 - ☒ บัตรทอง ต่างอำเภอ (ร่วมจ่าย 30 บาท)
 - ☒ บัตรทอง ต่างอำเภอกกรณีเหตุสมควร (Walk-In)
 - ☒ บัตรทอง มะเร็งรักษาทุกที่ CA Anywhere
 - ☐ บัตรทอง เคชอติ (ร่วมจ่าย 30 บาท)
 - ☐ บัตรทอง เคชอติ (มี ท.)

Neoplasms
(C00-D48)

This chapter contains the following broad groups of neoplasms:

- C00-C75 Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of specified sites, except of lymphoid, haematopoietic and related tissue
- C00-C14 Lip, oral cavity and pharynx
 - C15-C26 Digestive organs
 - C30-C39 Respiratory and intrathoracic organs
 - C40-C41 Bone and articular cartilage
 - C43-C44 Skin
 - C45-C49 Mesothelial and soft tissue
 - C50 Breast
 - C51-C58 Female genital organs
 - C60-C63 Male genital organs
 - C64-C68 Urinary tract
 - C69-C72 Eye, brain and other parts of central nervous system
 - C73-C75 Thyroid and other endocrine glands
- C76-C80 Malignant neoplasms of ill-defined, secondary and unspecified sites
- C81-C96 Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of lymphoid, haematopoietic and related tissue
- C97 Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites
- D00-D09 In situ neoplasms
- D10-D36 Benign neoplasms
- D37-D48 Neoplasms of uncertain or unknown behaviour [see note before D37]

Z51 Other medical care

Excludes: follow-up examination after treatment (Z08-Z09)

Z51.0 Radiotherapy session

Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

โครงการพิเศษ

UCEP24 UCEP 24 ชั่วโมงแรก

โครงการพิเศษ

WALKIN การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปฐมภูมิกรณีเหตุสมควร

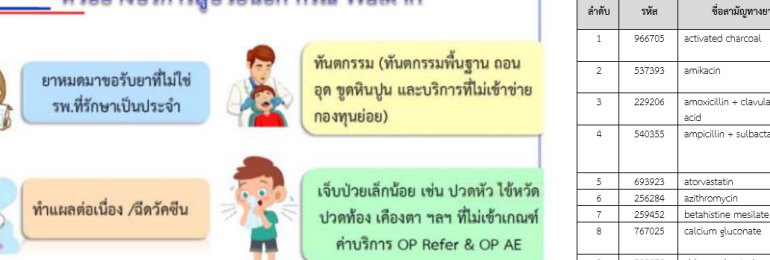
โครงการพิเศษ

CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม

เอกสารหมายเลข ๒ แบบคำขอประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖



เอกสารหมายเลข ๑ แบบคำขอประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

อัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) รายการยา จำนวน ๑,๘๖๖ รายการ ดังนี้

ลำดับ	รหัส	ชื่อสามัญยา	ความแรงยา	รูปแบบยา	ปริมาณ	หน่วยนับ	หน่วยจ่าย	อัตราจ่าย
1	966705	activated charcoal	30 g	powder for oral suspension	30	g	sachet	64.00
2	537393	amikacin	250 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	14.00
3	229206	amoxicillin + clavulanic acid	500 mg + 125 mg	film-coated tablet			tablet	6.25
4	540355	ampicillin + sulbactam	2 g + 1 g	powder for solution for injection			vial	159.00
5	693923	atorvastatin	40 mg	film-coated tablet			tablet	6.25
6	256284	azithromycin	250 mg	capsule, hard			capsule	14.00
7	259452	betahistine mesilate	12 mg	tablet			tablet	1.75
8	767025	calcium gluconate	0.45 meq/1 mL	solution for injection	10	mL	ampoule	13.00
9	528372	chloramphenicol	1 g/100 mL	ear drops, solution	10	mL	bottle	20.50
10	981632	ciprofloxacin	200 mg/100 mL	solution for infusion	100	mL	vial	36.50
11	906615	clobetasol propionate	50 mg/100 g	cutaneous solution	30	mL	bottle	34.50
12	287627	clonazepam	2 mg	tablet			tablet	1.50
13	245812	clonazepam	500 mcg	tablet			tablet	1.00
14	248658	cypripredine	4 mg	tablet			tablet	0.50

อัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) แบ่งออกเป็น ๒ หมวด ๒,๓๖๖ รายการ ได้แก่

หมวด ๑ ค่าของและค่าบริการ

หมวด ๒ ค่าบริการทางการแพทย์



โปรแกรม Claim OP 2566

E-Claim

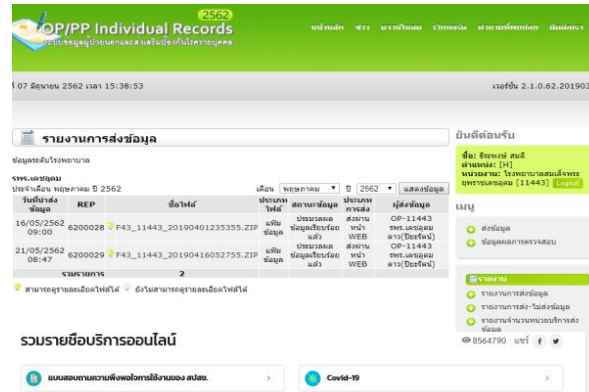
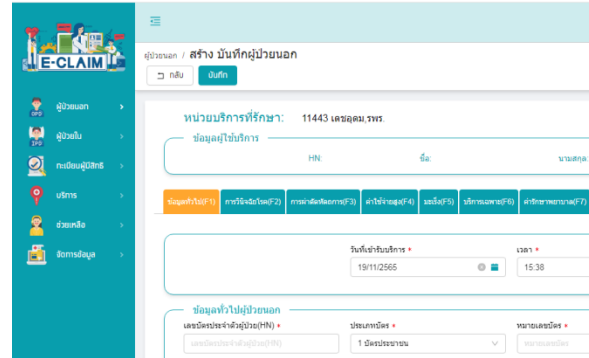
• OP

43 Data

• OP

Online

• OP



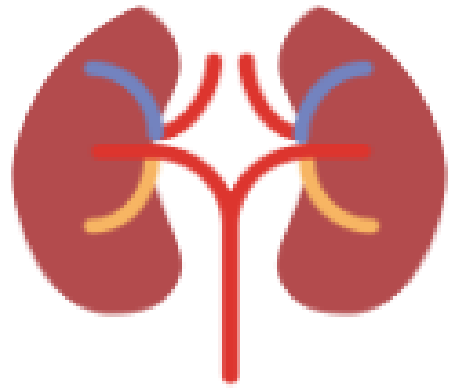
[E-CLAIM | ระบบบันทึกข้อมูลการบริการทาง
การแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
\(nhso.go.th\)](https://www.nhso.go.th/E-CLAIM)

[ข้อมูล 43 แฟ้มในระบบ สปสช.
\(nhso.go.th\)](https://www.nhso.go.th/ข้อมูล%2043%20แฟ้มในระบบ%20สปสช.)

[OP/PP Individual Records
- ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและ
ส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล
\(nhso.go.th\)](https://www.nhso.go.th/OP/PP%20Individual%20Records)

[https://www.nhso.go.th/
page/online_service#](https://www.nhso.go.th/page/online_service#)

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง

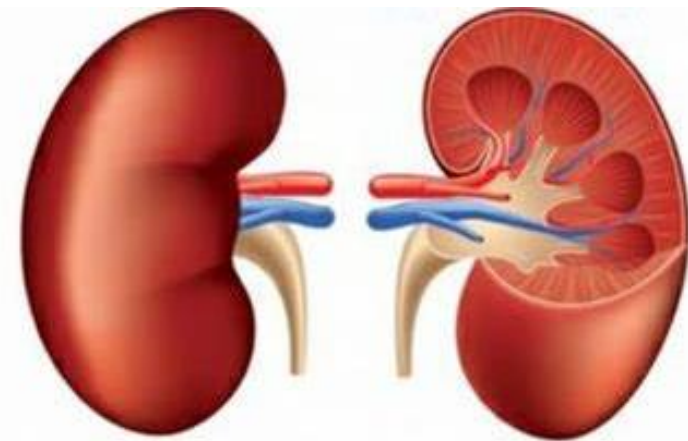


ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



CAPD

HD



เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

น้ำยาและเวชภัณฑ์

- CAPD 4ถุงต่อวัน /APD 2/ถุงต่อวัน
- การสนับสนุนยา Erythropoietin
- การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter ไม่เกิน 1 สาย ต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปีงบประมาณ

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ 2,500 บาท/ราย/เดือน

- การเยี่ยมบ้าน
- การวางสาย TK
- ค่าตรวจเลือด
- ค่ายาและค่าภาวะแทรกซ้อน

การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อื่น

- TEM

หน้า: 248

เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

- 1500 บาท/ครั้ง
- 1700 บาท/ครั้ง ICU+ โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย ❌
- ไม่เกินสามครั้งต่อสัปดาห์
- ฟอก 4 ชั่วโมง/ครั้ง

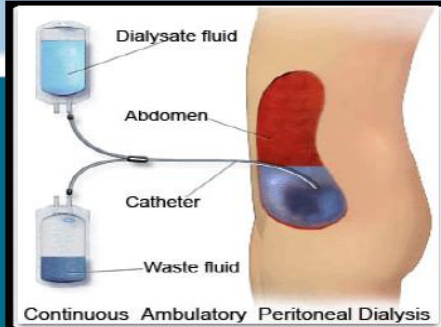
การให้ยา Erythropoietin

การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อื่น ๆ

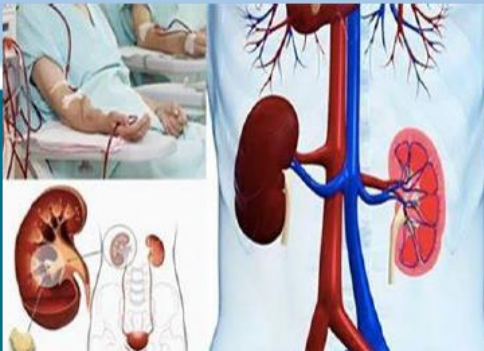
- ค่าอุปกรณ์ไตแก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle,
- ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำ HD
- ค่าตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการทำ HD ตามแนวทาง ที่สมาคมโรคไตกำหนด

หน้า: 249



2500


PD



1500

HD

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form  consent form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน 2. ค่าวางสาย TK 3. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct	เพิ่ม 1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ - ทางเลือกที่ 1 ขอรับผ่านระบบ VMI (เหมือนปี 65) - ทางเลือกที่ 2 ขอรับเป็นเงิน จ่าย CAPD 15,000 / APD 18,000 บาทต่อรายต่อเดือน 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct 3. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายเพิ่มเติม 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน (หน่วยบริการ 85 แห่ง)
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่มีบริการ CAPD - APD	คงเดิม
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566																				
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ)	-	<div>3.อัตราจ่าย</div> <div><div><div>■ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง</div><div>■ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน</div></div><table><thead><tr><th colspan="2">เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ</th><th>วิธีคำนวณ</th><th>น้ำหนักเกณฑ์ (a)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT</td><td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl</td><td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน</td><td>One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66</td><td>25%</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)</td><td>จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr></tbody></table><div><div>■ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้</div><div><div>○ รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรก (ตค.65 – มีค.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา (เมย.-กย.66)</div><div>○ รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลัง (เมย – กย.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง 6 เดือนถัดมา (ตค.66 –มีค.67)</div></div></div></div>	เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)	1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%	2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%	3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%	4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%
เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)																			
1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			
2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			
3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%																			
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ค่าเชื้อ ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct 	<u>เพิ่ม</u> <ol style="list-style-type: none"> ค่าฟอกเลือด <ul style="list-style-type: none"> ทางเลือกที่ 1 จ่าย 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง ทางเลือกที่ 2 จ่าย 1,300 , 3,800 บาท/ครั้ง + ตัวกรอง สาย เข็ม [HIV, TB, Covid 19 (ค่าอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ค่ารถ ค่าทำความสะอาดรถคงเดิม)] ค่าทำ Vascular access <ul style="list-style-type: none"> TCC จ่าย 5,600 บาท + รหัส 4905 จ่าย 5,000 บาท AVF จ่าย 13,500 บาท AVG จ่าย 13,500 บาท + รหัส 4016 จ่าย 600 บาท/ชม. DLC จ่าย 5,000 บาท ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD และบันทึกข้อมูลใน CPP	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD กรณีฟอกเลือด หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วย บริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
3. บริการ ปลูกถ่ายไต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าเตรียมผู้รับบริจาค 2. ค่าเตรียมผู้บริจาค 3. ค่าผ่าตัด ตาม Protocol 4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่เป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	คงเดิม
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม



Disease Management Information System (DMIS)

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT (หน่วย
บริการประจำ UC)

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT (หน่วย
บริการ RRT) แยกตามประเภท

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT (หน่วย
บริการประจำ UC) แยกตามประเภท

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ CAPD

การลงทะเบียนรับบริการของผู้ป่วย HD

ข้อมูลการให้บริการ Temp HD

ข้อมูลการใช้น้ำยาล้างไตที่มีการส่งน้ำยาไป
หน่วยบริการ

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ CAPD

ระดับข้อมูล

ประเทศ

จังหวัด

ช่วงเวลา(ปี)

2565

สิทธิ

ทั้งหมด

ตารางข้อมูล

กราฟ

ล็อกอินเข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

หน่วยงาน	ประชากร UC	ลงทะเบียน	มีชีวิต	เสียชีวิต
ประเทศไทย	0	75,354	27,210	48,144

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง

No.	รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2564	(ใหม่) ปีงบประมาณ 2565
1. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			
1	ค่าบริการฟอกเลือด HD Self pay	ผู้ป่วยจ่ายค่าฟอกเลือด สปสช.สนับสนุนยา Erythropoietin	สปสช.จ่ายค่าเตรียมเส้นเลือด ค่าฟอกเลือด และสนับสนุนยา Erythropoietin
2	ค่าบริการฟอกเลือด (HD)	1,500 บาท/ครั้ง หรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์)	1,500 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนต่อสำนักงานได้เป็นรายการมี โดยบันทึกข้อมูลการเบิกผ่านโปรแกรม DMIS พร้อมบันทึกเหตุผลในการฟอกเลือดเกิน 3 ครั้ง ยกเลิก 1,700 บาท/ครั้ง
3	ค่าบริการฟอกเลือด (1,500 บาท และ HIV 4,000 บาท)		พิจารณาดำเนินการใน 2 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาท และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณี HIV จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาท รูปแบบที่ 2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาท และ สปสช. จะส่งตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer (High flux หรือ Low flux) Blood line และเข็ม ผ่านระบบ VMI
4	ค่าบริการฟอกเลือด (HD) กรณีผู้ติดเชื้อโควิด 19		1. ค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์) 2. ค่าชุด PPE จ่ายตามจริงไม่เกินชุดละ 500 บาท ไม่เกิน 2 ชุด ต่อผู้ป่วย 1 ราย
5	การพิสูจน์การเข้ารับบริการ (ขอ Authentication code)		ผู้ป่วย HD ต้องมีการพิสูจน์ตัวตนการเข้ารับบริการ (ขอ Authentication code) ตั้งแต่วันที่ 15 ก.พ.2565
6	เกณฑ์การใช้ยา Erythropoietin	Hct \leq 30% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct >30% จ่าย 1 vial/สัปดาห์	เริ่มให้ EPO เมื่อ Hct <30% Hct < 33% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct \geq 33% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ Hct \geq 36% หยุดจ่ายยา EPO

No.	รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2564	(ใหม่) ปีงบประมาณ 2565
7	การสนับสนุนยา Erythropoietin		ผู้ป่วย HD ลงทะเบียนรายใหม่ ตั้งแต่ 1 ก.พ.65 สปสช. สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) ที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม กรณีผู้ป่วยที่ชำระเงินค่าฟอกเลือดและค่ายา EPOจากสถานพยาบาลเอกชนออกระบบ หากต้องการใช้สิทธิในระบบ UC ให้ใช้หลักเกณฑ์การให้ยา EPO เหมือนผู้ป่วยรายใหม่
8	ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)		
8.1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย) 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	จ่ายอัตราเดิม ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น
8.2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ) 1 ครั้ง /ปีงบประมาณ	จ่ายอัตราเดิม ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น
8.3	AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และ ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	จ่ายอัตราเดิม ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น
8.4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย) 1 ครั้ง /ปีงบประมาณ	จ่ายอัตราเดิม ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น
		หมายเหตุ : กรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข หรือทำเส้นใหม่ มากกว่า 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ สปสช.พิจารณาจ่ายเพิ่มตามความจำเป็น	ให้บริการไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องอุทธรณ์

ติดตามประกาศที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง			
1	น้ำยาล้างไต CAPD	ไม่เกิน 4 ถุง/วัน หากเกินต้องอุทธรณ์	ไม่จำกัดจำนวน ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์
2	น้ำยาล้างไต APD	ไม่เกิน 2 ถุง/วัน หากเกินต้องอุทธรณ์	ไม่จำกัดจำนวน ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์
3	สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)	1 เส้น/ปีงบประมาณ	ตามที่ใช้จริง ตามความจำเป็น
4	เกณฑ์การจ่ายยา Erythropoietin	Hct \leq 30% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct $>$ 30% จ่าย 1 vial/สัปดาห์	เริ่มให้ EPO เมื่อ Hct $<$ 30% Hct $<$ 33% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct \geq 33% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ Hct \geq 36% หยุดจ่ายยา EPO
5	การสนับสนุนยา Erythropoietin		ผู้ป่วย CAPD – APD ลงทะเบียนรายใหม่ ตั้งแต่ วันที่ 1 ก.พ.65

ติดตามประกาศที่มีการเปลี่ยนแปลง

No.	รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2564	(ใหม่) ปีงบประมาณ 2565
			สปสช. สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) ที่อยู่ในบัญชีวัตถุธรรมเท่านั้น
6	ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง	2,500 บาท/เดือน รวมค่าวางสาย Tenckhoff catheter	2,500 บาท/เดือน และจ่ายเพิ่มค่าวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) เป็นบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) โดยจ่ายตามระบบ DRGs
7	ยกเลิกการจ่ายค่าบริการซ้ำซ้อนของ Temporary HD	ค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้ง และค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2,500 บาท/เดือน	1.จ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้ง เท่านั้น (ยกเลิกการจ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องรายเดือน)

Pre Audit HD

เข้าสู่หน้าจอ Pre-Audit ที่เมนู “Hemodialysis (UC/อปท.)”-> “Pre-Audit HD – UC/CK350”

ปฏิทินการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre audit HD) ผ่านโปรแกรม DMIS
สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ปีงบประมาณ 2567

Statement (STM)	วันที่ประมวลผล จ่ายใน Seamless for DMIS	หน่วยบริการ แบบเอกสาร 15 วัน	สปสช.เขต ตรวจสอบ	หน่วยบริการขอ หักหัก (ถ้ามี)	สปสช.เขต พิจารณา ผลการหักหัก
6701_ตุลาคม 66	15 พ.ย.66	16 – 30 พ.ย.66	1 – 7 ธ.ค.66	8 – 17 ธ.ค.66	18 – 25 ธ.ค.66
6702_พฤศจิกายน 66	15 ธ.ค.66	16 – 30 ธ.ค.66	1– 7 ม.ค.67	8 – 17 ม.ค.67	18 – 25 ม.ค.67
6703_ธันวาคม 66	15 ม.ค.67	16 – 30 ม.ค.67	1– 7 ก.พ.67	8 – 17 ก.พ.67	18 – 25 ก.พ.67
6704_มกราคม 67	15 ก.พ.67	16 – 28 ก.พ.67	1– 7 มี.ค.67	8 – 17 มี.ค.67	18 – 25 มี.ค.67
6705_กุมภาพันธ์ 67	15 มี.ค.67	16 – 30 มี.ค.67	1– 7 เม.ย.67	8 – 17 เม.ย.67	18 – 25 เม.ย.67
6706_มีนาคม 67	15 เม.ย.67	16– 30 เม.ย.67	1– 7 พ.ค.67	8 – 17 พ.ค.67	18 – 25 พ.ค.67
6707_เมษายน 67	15 พ.ค.67	16 - 30 พ.ค.67	1– 7 มิ.ย.67	8 – 17 มิ.ย.67	18 – 25 มิ.ย.67
6708_พฤษภาคม 67	15 มิ.ย.67	16 - 30 มิ.ย.67	1– 7 ก.ค.67	8 – 17 ก.ค.67	18 – 25 ก.ค.67
6709_มิถุนายน 67	15 ก.ค.67	16 - 30 ก.ค.67	1– 7 ส.ค.67	8 – 17 ส.ค.67	18 – 25 ส.ค.67
6710_กรกฎาคม 67	15 ส.ค.67	16 - 30 ส.ค.67	1– 7 ก.ย.67	8 – 17 ก.ย.67	18 – 25 ก.ย.67
6711_สิงหาคม 67	15 ก.ย.67	16 - 30 ก.ย.67	1– 7 ต.ค.67	8 – 17 ต.ค.67	18 – 25 ต.ค.67
6712_กันยายน 67	15 ต.ค.67	16 - 30 ต.ค.67	1– 7 พ.ย.67	8 – 17 พ.ย.67	18 – 25 พ.ย.67



ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Download รายงาน

Unite report : 11443_DCKD66103100085

By Period 1 : 11443_DCKD6701100001

By Period 2 : 11443_DCKD6702100002

ปิด

DMIS REP

REP - รายงาน REP สรุป SUMMARY

โครงการ : ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จังหวัด : กรุงเทพมหานคร

รอบ : 2566 / ปีงบประมาณ : 2566

เขต : เขต 10 กรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการ : 11443 - รพ.เคทูม -

ค้นหา | ดาวน์โหลด | อื่นๆ

รายละเอียด โครงการ : ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รอบ : 2566/— ทั้งหมด —

(1 - 10 of 10)

Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
								เรียกเก็บ		ขาด		ไม่ขาด	
								รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
1	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6701100001 DCKD	DCKD66103100085	31/10/2566	2,643	2,871,165.00	2,634	2,858,665.00	9	12,500.00
2	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6633090033	DCKD66092500084	25/09/2566	1,528	1,597,940.00	1,524	1,592,940.00	4	5,000.00
3	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6633090032	DCKD66083100083	31/08/2566	2,368	2,420,015.00	2,362	2,405,015.00	6	15,000.00
4	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6629070029	DCKD66073100082	31/07/2566	2,127	2,311,220.00	2,118	2,292,220.00	9	19,000.00
5	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6625060025 DCKD	DCKD66063000081	30/06/2566	2,414	2,443,575.00	2,401	2,414,075.00	13	29,500.00
6	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6610050010	DCKD66053100080	31/05/2566	2,530	2,805,360.00	2,517	2,781,360.00	13	24,000.00
7	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6607040007	DCKD66043000079	30/04/2566	2,131	2,354,545.00	2,116	2,320,545.00	15	34,000.00
8	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6606030006	DCKD66033100078	31/03/2566	2,473	2,689,180.00	2,464	2,671,680.00	9	17,500.00
9	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6605020005	DCKD66022800077	28/02/2566	1,965	2,351,215.00	1,954	2,330,715.00	11	20,500.00
10	เขต 10 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	11443	รพ.เคทูม	DCKD6604010004	DCKD66013100076	31/01/2566	2,344	2,591,080.00	2,329	2,553,580.00	15	37,500.00

ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ขาด	ผลรวม ของ ขาด	ผลรวม ของ ไม่ขาด
HD - ค่าชุด PPE	8	7,000.00	1,000.00
HD - ค่าฟอกเลือด	1216	1,786,500.00	37,500.00
PD - ค่า TempHD	48	69,000.00	3,000.00
PD - ค่าบริการ	183	430,000.00	27,500.00
PD - ค่าบริการล้างไตผ่านช่องท้องอัตโนมัติ (ว่าง)	10	20,000.00	5,000.00
ผลรวมทั้งหมด	1465	2,312,500.00	74,000.00

REP No.	DCKD63103100049	
ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ขาดเขย	ผลรวม ของ ขาดเขย2
HD - ค่าฟอกเลือด	484	633000
0	62	0
1500	422	633000
PD - ค่า TempHD	43	64350
1500	43	64350
PD - ค่าบริการ	275	687500
2500	275	687500
ผลรวมทั้งหมด	802	1384850

พิกัดทางภูมิศาสตร์	14°02'	5°31'5"200'00	14°00'00"
--------------------	--------	---------------	-----------

ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2563-2564

REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ									HD			CAPD																
											ค่าฟอก			ค่าบริการ			ค่า TempHD													
		ข้อมูลปกติ												ข้อมูลปกติ			ข้อมูลปกติ													
		เรียกเก็บ			ขาด			ไม่ขาด			เรียกเก็บ			ขาด			ไม่ขาด			เรียกเก็บ			ขาด							
		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท		รายการ	บาท						
DCKD63123100051	31/12/2020	1,452	2,293,400.00		1,431	2,240,900.00		21	52,500.00		1,135	1,590,900.00		1,135	1,590,900.00		227	567,500.00		206	515,000.00		21	52,500.00		90	135,000.00		90	135,000.00
DCKD63113000050	30/11/2020	1,329	2,086,525.00		1,313	2,046,525.00		16	40,000.00		1,054	1,456,100.00		1,054	1,456,100.00		218	545,000.00		202	505,000.00		16	40,000.00		57	85,425.00		57	85,425.00
DCKD63103100049	31/10/2020	1,587	2,499,375.00		1,580	2,481,875.00		7	17,500.00		1,274	1,773,000.00		1,274	1,773,000.00		257	642,375.00		250	624,875.00		7	17,500.00		56	84,000.00		56	84,000.00
DCKD63092500048	25/09/2020	1,099	1,686,200.00		1,097	1,681,200.00		2	5,000.00		913	1,250,200.00		913	1,250,200.00		157	392,500.00		155	387,500.00		2	5,000.00		29	43,500.00		29	43,500.00

สถานะ	หมายเหตุ
ไม่ขาด	CK036
ไม่ขาด	CK035
ไม่ขาด	CK035
ไม่ขาด	CK002
ไม่ขาด	CK031
ไม่ขาด	CK002
ไม่ขาด	CK031
ไม่ขาด	CK002
ไม่ขาด	CK035

DENY HD

สถานะ	หมายเหตุ
ไม่ชดเชย	CK036
ไม่ชดเชย	CK035
ไม่ชดเชย	CK035
ไม่ชดเชย	CK002
ไม่ชดเชย	CK031
ไม่ชดเชย	CK002
ไม่ชดเชย	CK031
ไม่ชดเชย	CK002
ไม่ชดเชย	CK035

DENY CODE	คำอธิบายรายละเอียด
CK001	ไม่มีสิทธิ UC
CK002	ข้อมูลซ้ำเคยจ่ายแล้ว
CK003	เสียชีวิตก่อนติดตามการรักษา
CK004	วางสายไม่สำเร็จ
CK005	ไม่มีวันที่เริ่มล้างไตทางช่องท้อง
CK006	วันที่วางสายครั้งนี้ เกิดก่อนวันที่วางสายครั้งที่แล้วสำเร็จ
CK007	ไม่ตรงเงื่อนไขการจ่ายชดเชย
CK008	สถานชดเชยเล็ก
CK009	วันที่ส่ง/บันทึกข้อมูลเกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ
CK010	Outcome ไม่ใช่ C หรือ T
CK011	ซ้ำกับข้อมูล สกส.
CK012	เกินสิทธิการฟอกเลือดที่กำหนด
CK013	วันที่ให้บริการไม่อยู่ใน MODE KT
CK014	มีจำนวนเบิกจ่ายเกินจำนวนครั้งที่กำหนด
CK015	ข้อมูลไม่ถูกต้อง
CK016	ออกจากการเป็นหน่วยบริการในระบบ UC
CK017	หมดอายุรับรอง ตรด. (Pending)
CK018	ขอขยายระยะเวลา
CK019	จ่ายให้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ
CK020	จ่าย 1 protocol / คน/ ปีงบประมาณ
CK021	ยังไม่ชดเชยในเดือนที่ผ่าตัด
CK022	ข้อมูลซ้ำในเดือนเดียวกัน
CK023	รอตรวจสอบ สถานะ ตรด.
CK024	ตรวจสอบ STATION_ID
CK025	วันที่ให้บริการไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด
CK026	รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
CK027	เรียกคืน จากที่จ่ายเงิน
CK028	ชดเชย จากที่เรียกคืนเกิน
CK029	บริการหลัง 1 ก.พ. 65 ต้องไปบันทึกข้อมูลในเมนู Hemodialysis (UC/อปท.)
CK030	ไม่พบข้อมูลยืนยันตัวตน ก่อนเข้ารับบริการ
CK031	รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
CK349	ไม่พบข้อมูลยืนยันตัวตน ก่อนเข้ารับบริการ
CK032	เบิกค่าชุด PPE ซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยใน
CK949	ไม่ได้ยืนยันตัวตนด้วย บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
CK033	เบิกค่าชุด PPE ยกเลิกการเบิกตั้งแต่ 4 ก.ค. 65
CK034	ผู้ป่วยรายใหม่หลัง 1 ก.พ. 65 เริ่มรับยา epo เมื่อ hct น้อยกว่า 30
CK035	จ่ายครบตามโควต้าแล้ว
CK036	ค่า hct ไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายยา epo
CK071	ไม่พบข้อมูลการเซ็นสัญญา และ หมดอายุรับรอง ตรด. (Pending)
CK037	ไม่พบข้อมูลหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกไต(HD)
CK350	สมุดตรวจสอบก่อนจ่าย
CK351	ไม่ผ่านการตรวจสอบก่อนจ่าย
CK352	ไม่ผ่านการตรวจสอบอุทธรณ์ก่อนจ่าย

ค่าบริการควบคุมป้องกัน รักษาโรคเรื้อรัง (1,154.7800 ล้านบาท)

บริการ 2nd prevention ผู้ป่วยโรค DM/HT
(1,091.5590 ล้านบาท)

DM type1+GDM (261.5590 ลบ.)

- บริหารภาพรวมระดับประเทศ
- จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) โดย **อาจ** จ่ายเพิ่มเติมเป็นวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

DM type2 (830.00 ลบ.)

- **คำนวณ Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ ด้วยข้อมูลจำนวนผู้ป่วย DM/HT 100%**
- จ่ายตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการตามตัวชี้วัด ที่ สปสช. กำหนด

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
(63.2210 ล้านบาท)

จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดย

- จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วย (ประมาณ 1,000 บาทต่อราย)
- จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน (ประมาณ 5,000 บาทต่อราย)

บริการ 2nd prevention ผู้ป่วยโรค DM/HT (1,091.5590 ล้านบาท)

DM type1+GDM (261.5590 ลบ.)

DM type2 (830.00 ลบ.)

สรุปบริการและการจ่ายชดเชย

ลำดับ	บริการ	การจ่าย	T1DM	GDM	PDM
1	คำสอนทักษะในการดูแลตนเอง (survival skill)	1 ครั้ง	1,256 บาท	500 บาท	500 บาท
2	Strip เครื่องอ่านผล และอุปกรณ์เจาะเลือด -ลงทะเบียน ตค.-ธค.64 -ลงทะเบียน มค.-กย.65	-จ่ายเป็นเงิน -จ่ายเป็นของระบบ VMI	4 ครั้ง/วัน เดือนละ 1,000 บาท VMI		7 ครั้ง/วัน เดือนละ 1,750 บาท VMI
3	ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c Microalbuminuria Lipid profile ตรวจตาและตรวจเท้า เบาหวาน	1 ครั้ง	380 บาท	-	-
4	ตรวจ HbA1c	4 ครั้ง	-	-	600 บาท
5	คำตรวจหลังคลอด เพื่อประเมินการเกิดโรคเบาหวานด้วยวิธี (OGTT)	1 ครั้ง	-	200 บาท	-
6	เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM)	ตามความเห็นของแพทย์ ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพ และผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง			

รายการตัวชี้วัด 5 ตัว

- อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HbA1c ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational DM)

เหมาจ่าย 16,850 บาทต่อการตั้งครรภ์

new

ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ	การจ่าย
PDM* เป้าหมาย 2,550 คน	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 7 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 36wks* 2. HbA1c 4 ครั้ง 3. คำสอนผู้ป่วย	1. <u>บริการ ตค.-ธค.64</u> : จ่ายแบบเหมาจ่าย/การตั้งครรภ์ แยกเป็น -ค่าสอน 500 บาท -HbA1c 150x4 ครั้ง=600 บาท -ค่าstrip 3 เดือนๆ ละ 1,750 บาท/การตั้งครรภ์ ต.ค. เหมาจ่าย 6,350 บาท พ.ย. เหมาจ่าย 4,600 บาท ธ.ค. เหมาจ่าย 2,850 บาท 2. <u>บริการ มค.-กย.65</u> -จ่าย Strip ระบบ VMI -ค่าสอน 500 บาท -HbA1c 150*4=600 บาท รวมเป็น 1,100 บาท

* รวมกรณีที่เป็น T1DM

หน้า: 267

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes; GDM)

เหมาจ่ายรายละ 4,700 บาทต่อการตั้งครรภ์

new

ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ	การจ่าย
GDM เป้าหมาย 10,250 คน	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 4 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 16wks* 2. คำสอนผู้ป่วย 3. คำตรวจหลังคลอด 3.1 ตรวจทุกคนภายใน 1-3 เดือน หลังคลอด จ นวน 1 ครั้ง 3.2 กินเกลือ 75 g (OGTT) 3.3 เจาะน้ำตาลฯ ก่อนกินที่ 0 นาที และหลังกินน้ำตาลฯ 2 ชม.	1. <u>บริการ ตค.-ธค.64</u> : จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อการตั้งครรภ์ แยกเป็น - ค่าสอน 500 บาท - ค่า strip 3 เดือนๆ ละ 1,000 บาท =3,000 บาท ต.ค. เหมาจ่าย 3,700 บาท พ.ย. เหมาจ่าย 2,700 บาท ธ.ค. เหมาจ่าย 1,700 บาท - ค่าตรวจหลังคลอด 200 บาท 2. <u>บริการ มค.-กย.65</u> - จ่าย Strip ระบบ VMI - ค่าสอน 500 บาท - ค่าตรวจหลังคลอด 200 บาท รวมเป็น 700 บาท

* จะตรวจพบเป็น DM เมื่อ ปะมาณน้ำตาล 24 wk

หน้า: 266

GDM

E-Claim

การบันทึกโปรแกรมการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลสิทธิ

การไปสิทธิ์

ไปสิทธิ์

สิทธิประโยชน์

UCS สิทธิ UC

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

โครงการพิเศษ

โครงการพิเศษ

หน่วยบริการหลัก

10885 รพช. ห้วยแถลง

จังหวัดตามบัตรทอง

3000 นครราชสีมา

เขต(สปสช.)

สาขาพื้นที่(นครราชสีมา)

รหัส Authen Code / เลขอนุมัติ

รหัส Authen Code / เลขอนุมัติ

ประเภทการให้บริการ

กรุณาเลือก

- ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

O244

Diabetes mellitus arising in pregnancy

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัดหัตถการ(F3)

ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

มะเร็ง(F5)

บริการเฉพาะ(F6)

ค่ารักษาพยาบาล(F7)

บริการเฉพาะ

	กลุ่มรายการ	รายการ	ราคากลาง	วันที่
	8 GDM+บริการ ควบคุมป้องกันและ รักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80008 บริการในกลุ่ม GDM (ค่าสอน/ค่า Strip/OGTT) ตุลาคม - กันยายน	4,700	

16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด		0.00	0.00
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์		0.00	0.00
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค		4,700.00	0.00
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสูง*			0.00	0.00
รวมทั้งหมด			4,700.00	0.00

PDM

การบันทึกโปรแกรมการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลสิทธิ

การใช้สิทธิ์

ใช้สิทธิ์

สิทธิประโยชน์

UCS สิทธิ UC

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

โครงการพิเศษ

โครงการพิเศษ

หน่วยบริการหลัก

10893 รพช. โนนแดง

จังหวัดตามบัตรทอง

3000 นครราชสีมา

เขต(สปสข.)

สาขาพื้นที่(นครราชสีมา)

รหัส Authen Code / เลขอนุมัติ

รหัส Authen Code / เลขอนุมัติ

ประเภทการให้บริการ

กรุณาเลือก

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

O243

Pre-existing diabetes mellitus, unspecified

รหัสแพทย์ผู้รักษา

ว.32664

แพทย์หญิง ล่าง จันทกลาง

อายุกรรม

รหัสแผนกที่รับบริการ


001

XX

ชื่อแผนกที่รับบริการ

อายุกรรม

บริการเฉพาะ

	กลุ่มรายการ	รายการ	ราคากลาง	วันที่
	8 PDM+บริการ ควบคุมป้องกันและ รักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80015 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า Strip/HbA1c) ตุลาคม - กันยายน	16,850	

E-Claim

15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	รายการ	0.00	0.00
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด		0.00	0.00
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์		0.00	0.00
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค		16,850.00	0.00
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสูง*			0.00	0.00
รวมทั้งหมด			16,850.00	0.00

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษา โรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. ค่าบริการสำหรับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) <p>2. บันทึกการหัตถ์โรคตามที่กำหนด</p>	เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<p>เหมาจ่ายค่าบริการ เป็นรายเดือนครอบคลุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -ค่าบริการสอนและประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง -ชุดตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง -ค่าบริการตรวจน้ำตาล/ตรวจภาวะแทรกซ้อน 	<p>ค่าบริการเหมาจ่ายรายเดือน ครอบคลุมกิจกรรมบริการเหมือนปี 2565 มีการปรับลดอัตราจ่าย</p> <p><u>เพิ่มเติม</u> ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM สำหรับผู้ป่วยที่มีความประจําต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จําเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/สัปดาห์ (ในการเบิก เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์)</p>
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	กำหนดการจ่ายค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง แบบ FS 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	เบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	1) ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 2) ผู้ป่วย HT: การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี
	โปรแกรม	e-Claim	กรณี DM HT บันทึกในโปรแกรมหมอพร้อม

การบันทึก HOS XP

1. T2DM ตรวจ HbA1c 2 ครั้ง 150X2
2. HT ตรวจรายใหม่ Serum Potassium 45X1 Serum Creatinine 40X1

[illegible]

ข้อมูลเตรียมส่ง MOPH Claim

ข้อมูลผู้รับบริการ
HN 6103194 ชื่อ - นามสกุล นายเฉลิมเอ ทดสอบ

ข้อมูลส่ง MOPH Claim
ข้อมูลเลข DM

ข้อมูลสิทธิ MOPH Claim : ผู้รับบริการมีสิทธิ์เบิกจ่ายบริการ DM
วันที่เช็คสิทธิ : 23/11/2565 9:58:00 - Auth Code (สปสช.) FP1093874665

วินิจฉัย : 'E146'
Lab : 'HbA1c:9 (2022-11-23)'

สถานะส่งเคadm : หน่วยบริการไม่ได้เข้าร่วมสปสช. หรือไม่มีข้อมูลบนระบบสปสช.
สถานะยืนยันรับบริการผ่านหมอพร้อม :

ข้อมูลเลข HT

ข้อมูลสิทธิ MOPH Claim : ผู้รับบริการมีสิทธิ์เบิกจ่ายบริการ HT
วันที่เช็คสิทธิ : 23/11/2565 9:58:00 -

วินิจฉัย :

กดปุ่ม ส่ง MOPH Claim

ส่ง MOPH Claim

ตรวจสอบการยืนยันรับบริการผ่าน หมอพร้อมของผู้ป่วย

ปิด

มีข้อมูล Auth Code แสดงให้ตรวจสอบ
กรณีมีการขอ Auth Code ผ่านโปรแกรม
HOSxP หรือ ตู้ kiosk BMS (Auth Code)
ไม่ส่งเข้า MOPH Claim

ข้อมูลที่ส่งไป MOPH Claim

เขตพื้นที่ เขต 10 อุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี
หน่วยบริการ 11443 รพ.สมเด็จพระพุทธราชเดชอุดม
วันที่โอนตั้งแต่วันที่ 01/10/2565 ถึง 13/09/2566

- 1) ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง
- 2) ผู้ป่วย HT: การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี

- | | | | |
|---------|--|---|---|
| 1. T1DM | 1,000 / สัปดาห์ | จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/สัปดาห์ (ในการเบิก เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์) | บาทต่อครั้ง และ serum potassium รายการละ 1 ครั้ง/ปี |
| 2. GDM | 4,700 | | |
| 3. PDM | 16,850 | | |
| 4. T2DM | ตรวจ HbA1c 2 ครั้ง 150X2 | | |
| 5. HT | ตรวจรายใหม่ Serum Potassium 45X1 Serum Creatinine 40X1 | | |

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายงานเอกสารการโอนเงินแยกตามหน่วยงาน						
เขตพื้นที่ เขต 10 อุดรราชธานี จังหวัด อุดรราชธานี						
หน่วยบริการ 03606 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอ						
วันที่โอนตั้งแต่ 01/10/2565 ถึง 13/09/2566						
ลำดับ	วันที่โอน	Batch	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	รหัสผังบัญชี สป.สธ.	กองทุนย่อยเฉพาะด้าน	จำนวนเงิน
1	04 ก.ย. 2566	2573	6508_OP_02	4301020105.223	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P BASIC SERVICE)	360.00
2	12 เม.ย. 2566	1298	651000005	1102050102.801/802	กรณีจ่ายตรงหน่วยบริการ	470.00
3	11 เม.ย. 2566	1289	651000002	1102050102.801/802	กรณีจ่ายตรงหน่วยบริการ	240.00
4	31 มี.ค. 2566	1179	6603_01	4301020105.267	ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID19	80.00
5	22 มี.ค. 2566	1055	DMOR6601010001	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	4,950.00
6	06 ม.ค. 2566	0223	650800011		กรณีจ่ายตรงหน่วยบริการ	95.00
7	06 ม.ค. 2566	0211	650800001		กรณีจ่ายตรงหน่วยบริการ	2,658.00
รวม						8,853.00



1. T2DM ตรวจ HbA1c 2 ครั้ง 150X2
2. HT ตรวจรายใหม่ Serum Potassium 45X1 Serum Creatinine 40X1

DMIS REP

REP - รายงาน REP แบบ SUMMARY

โครงการ : ระบบหมอพร้อม

จังหวัด : อุบลราชธานี

รอบ : 2566 / ทั้งหมด

เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : 11443 - รพ.เดชอุดม

ค้นหา ออกรายงาน ตั้งข้อมูล

รายละเอียด โครงการ : ระบบหมอพร้อม รอบ : 2566/— ทั้งหมด

(1 - 9 of 9)

Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ			
								เรียกเก็บ		ชดเชย	
								รายการ	บาท	รายการ	บาท
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	เดชอุดม	DMOR6701110001	DMOR66111900009	19/11/2566	737	34,185.00	706	34,185.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6619090019	DMOR66092600008	26/09/2566	349	12,300.00	330	12,300.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6617090017	DMOR66091700007	17/09/2566	422	12,865.00	354	12,865.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6615090015	DMOR66090700006	07/09/2566	775	30,135.00	736	30,135.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6614080014	DMOR66082800005	28/08/2566	350	8,925.00	347	8,925.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6607080007	DMOR66082300004	23/08/2566	4,696	183,245.00	4,560	183,245.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DMOR6605050005,DM...	DMOR66051200003	12/05/2566	775	33,430.00	775	33,430.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	เดชอุดม	DMOR6610040010	DMOR66042500002	25/04/2566	1,618	62,275.00	1,616	62,275.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	เดชอุดม	DMOR6612040012,DM...	DMOR66042400001	24/04/2566	5,928	370,995.00	5,873	370,995.00

(1 - 9 of 9)

A-Z เรียงลำดับจาก ก ถึง ข

Z-A เรียงลำดับจาก ข ถึง ก

เรียงลำดับตามสี

มุมมองแผนงาน

ล้างตัวกรองออกจาก "รายการประเภทที่ขอ..."

กรองตามสี

ตัวกรองข้อความ

ค้นหา

☒ (เลือกทั้งหมด)

☒ บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

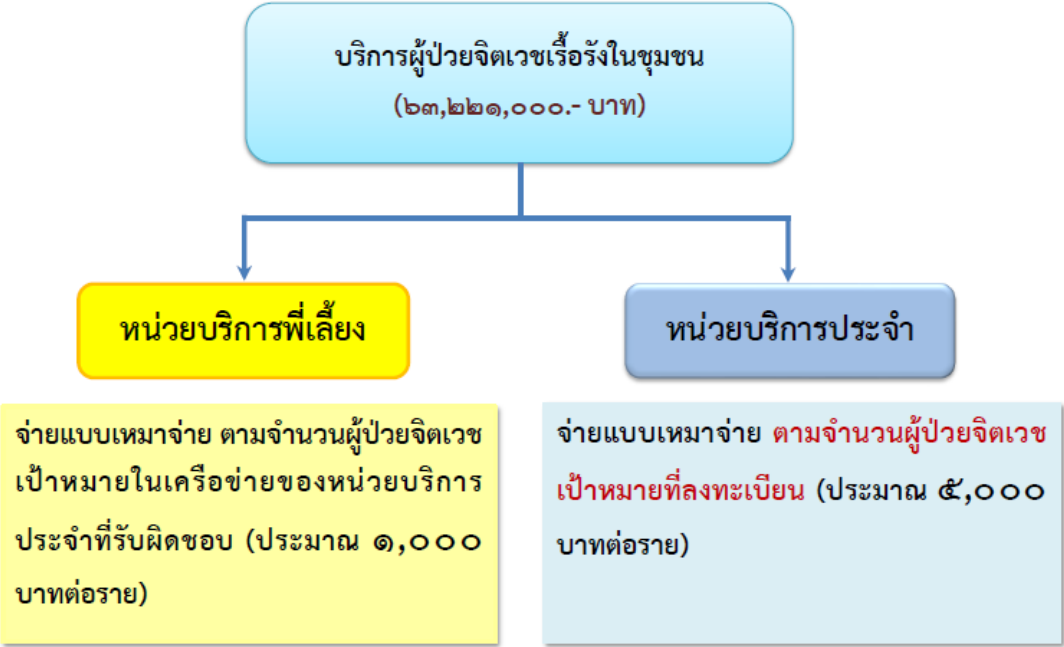
☐ บริการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่

☐ บริการฉีดวัคซีนพื้นฐานตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ของกระทรวงสาธารณสุข

☐ (ว่าง)

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

DCMH6601010001	4301020105.222	ค่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	95,000.00
----------------	----------------	---------------------------------------	-----------



๖.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๕.๑.๒ ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๕.๒

๖.๒.๑ งวดที่ ๑ เหมาจ่ายร้อยละ ๘๐ ของจำนวนเป้าหมายที่ลงทะเบียน ในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของปีงบประมาณ

๖.๒.๒ งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๒๐ เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยม ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง และมีผลการประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน ๑๐ ด้านของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณ

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการตามข้อ ๕.๑ ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อราย โดยแบ่งการจ่าย ดังนี้

๖.๑ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๕.๑.๑ ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๕.๒

๖.๑.๑ งวดที่ ๑ เหมาจ่ายร้อยละ ๕๐ ของจำนวนเป้าหมายที่ลงทะเบียน ในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของปีงบประมาณ

๖.๑.๒ งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๕๐ เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยม ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง และมีผลการประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน ๑๐ ด้านของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ให้หน่วยบริการ ขออุทธรณ์เป็นรายการกรณี

๕.๒.๑ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท หรือโรคหลงผิด (ICD-10 : F20 - F29) หรือผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค F20 - F29 ที่มีความซับซ้อนในการจัดการและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ

๕.๒.๒ ผู้รับบริการมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence: SMI - V) ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๕.๓ กลุ่มเป้าหมายในข้อ ๕.๒ มีขั้นตอนการคำนวณและจัดสรรให้แก่พื้นที่ ดังนี้

๕.๓.๑ สำนักงานคำนวณเป้าหมายโดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในช่วงวันที่ ๑ เมษายน ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ที่มารับบริการและถูกวินิจฉัยตามข้อมูลผู้มีสิทธิ ได้รับการบริการตามข้อ ๕.๒

๕.๓.๒ สำนักงานจัดสรรเป้าหมายให้สำนักงานเขตดำเนินการจัดสรรเป้าหมาย ให้หน่วยบริการภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ของปีงบประมาณก่อนหน้า

๕.๓.๓ สำนักงานเขตจัดทำรายงานสรุปผลการจัดสรรเป้าหมายส่งกลับมายัง สำนักงานภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณ



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พ.ศ. ๒๕๖๖



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๖

กรอบการบริหารงบประมาณบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2565

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ 1.1 บริการให้คำปรึกษา 1.2 ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV) 1.3 ลูกยางอนามัย	1.1 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 1.2 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 1.3 สนับสนุนลูกยางอนามัย
2. ยาต้านไวรัส ยาลดไขมัน เพื่อการป้องกันและรักษา	สนับสนุนในรูปแบบของยา
3. การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4. สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.1 บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.2 ลูกยางอนามัย	4.1 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ 4.2 สนับสนุนลูกยางอนามัย
5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HCV)	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานที่ให้บริการ

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ลูกยางอนามัยและสารหล่อลื่น	1.1 จ่ายตามผลงานบริการกรณีเป็นหน่วยบริการ 1.2 จ่ายรายโครงการกรณีเป็นองค์กรชุมชน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ (งานศูนย์องค์รวม)	จ่ายเป็นรายโครงการ ตามข้อกำหนด
3. บริการ PrEP	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ สนับสนุนในรูปแบบของยา สนับสนุนลูกยางอนามัยและสารหล่อลื่น

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อการติดตามรักษา		
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	ไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นยา ผ่าน NAP
การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการติดตามการรักษา		
LAB พื้นฐาน ได้แก่ CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT 25 บาท / รายการ	ไม่เปลี่ยนแปลง	
Chest X-Ray	ให้เบิกในบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Active case finding) ผ่าน โปรแกรม NTIP	ชดเชยเป็นเงิน
CD4 400 บาท/ครั้ง		
Viral Load : VL 1,350 บาท/ครั้ง	ไม่เปลี่ยนแปลง	
DR In-House 5,500 บาท/ครั้ง, Commercial 6,000 บาท/ครั้ง		



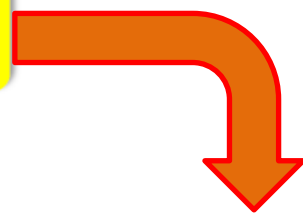
รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)		
<ul style="list-style-type: none"> •บริการให้คำปรึกษา 7 บาท / ครั้ง •บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท /ครั้ง •ถุงยางอนามัย 	<ul style="list-style-type: none"> • การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง • เปลี่ยนแปลงวิธีการกระจายถุงยางอนามัยดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) สปสช.กำหนดโควตาแต่ละหน่วยบริการ 2) หน่วยบริการกำหนดจำนวนการจัดส่งรายเดือนผ่าน โปรแกรม Nap 3) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบโควตา จำนวนการจัดส่ง และจำนวนคงเหลือได้ที่โปรแกรม Nap ในเมนูการบริหารจัดการยา 	<ul style="list-style-type: none"> • ชดเชยเป็นเงินและถุงยางอนามัย

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

รายการปีงบประมาณ 2564		รายการปีงบประมาณ 2565	
		รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน			
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT) <ul style="list-style-type: none">• ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน• การตรวจ PCR (1,000 บาท/ครั้ง)• Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)	การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none">• ชดเชยเป็นเงิน และยา	
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการสัมผัสเชื้อ			
2.1 จากการทำงาน (HIV occupational PEP : HIV oPEP)			
2.2 ที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP : HIV nPEP) <ul style="list-style-type: none">• ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน• Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)			

รายการปีงบประมาณ 2564		รายการปีงบประมาณ 2565	
		รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน			
<div>3. บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)<ul style="list-style-type: none">• ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน• ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (80บาท/ครั้ง)• การให้คำปรึกษา หลังตัดสินใจกินยา (20บาท/ครั้ง)• การตรวจ Anti-HIV (140บาท/ครั้ง)• CrCl (20บาท/ครั้ง)• HBsAg STI (ELISA = 130 บาท/ครั้ง , PHA = 70บาท/ครั้ง)• Pregnancy (70 บาท/ครั้ง)• ถุงยางอนามัย</div>	<div>การชดเชยและจำนวนครั้ง บริการไม่เปลี่ยนแปลง</div>	<div>ชดเชยเป็นเงิน ยา และถุงยาง</div>	

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง



รายการปีงบประมาณ 2564		รายการปีงบประมาณ 2565	
		รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV			
<ul style="list-style-type: none"> • การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี <ul style="list-style-type: none"> - Anti HCV (Automate 300 บาท/ครั้ง, Rapid Test 70 บาท/ครั้ง) • การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี <ul style="list-style-type: none"> - HCV Viral Load 2,300บาท/ครั้ง • การตรวจประเมินก่อนการรักษาการตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ <ul style="list-style-type: none"> - APRI score , FIB- 4score 200บาท/ครั้ง - Transient elastography (Fibro scan®) 2,000 บาท/ครั้ง - Fibro marker panal 2,000 บาท/ครั้ง 		<p>การชดเชยและจำนวนครั้ง บริการไม่เปลี่ยนแปลง</p> <p>} อย่างใดอย่างหนึ่ง</p>	<p>ชดเชยเป็นเงิน</p> <p>หน้า: 278</p>

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี 2.1 กิจกรรม การให้ คำปรึกษา แนะนำ คุมยา อนามัย	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ คุมยาอนามัย อยู่ที่บบริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วย HTC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	VCT = 7 บาท / Anti-HIV = 140 บาท / คุมยา อนามัยตามงบประมาณ	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และผู้ป่วย เอดส์ การป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี 2.2 กิจกรรมการให้ คำปรึกษาแนะนำ ทุกรายอย่างสม่ำเสมอ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลัง การสัมผัส (HIV PEP)	ขยายกลุ่มเป้าหมายบริการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP) ไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม (เริ่ม 1 ม.ค. 65)
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ที่มีความเสี่ยง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้าน ไวรัสตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และผู้ป่วย เอดส์ การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี 2.3 บริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัส (PrEP)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการอบรมจากกรมคุมโรค	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้านไวรัสตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ การ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี 2.4 กรณีตรวจ ยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กรณีตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ PWID สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
	อัตราจ่าย	Anti HCV Rapid <ul style="list-style-type: none"> test 70 บาท/ครั้ง อัตโนมัติ 300 บาท/ครั้ง HCV RNA Quantitative 2,300 บาท APRI score หรือ Fibrosis-4 score 200 บาท หรือ Fibro scan 2,000 บาท หรือ Fibro marker panel 2,000 บาท	ตรวจคัดกรอง (Rapid Test Or Automate) 50 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันก่อนการรักษา <ul style="list-style-type: none"> HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง ค่าตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ 200 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันหลังการรักษา <ul style="list-style-type: none"> HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

หมายเหตุ กรณีไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ HIV สามารถตรวจไวรัสตับอักเสบบี เพื่อยืนยันก่อนและหลังรักษาโดยเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-Claim



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๓.๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขที่กรมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๑.๔ ของข้อ ๑ ในเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

“๑.๔ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)”

ข้อ ๔ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๒.๑.๓ ของ ๒.๑ ของข้อ ๒ ในเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

“๒.๑.๓ บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง”

ข้อ ๕ การให้บริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามประกาศนี้ ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้

“๒.๑.๓ บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)
รวมบริการให้คำปรึกษา จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง”

- ๒ -

ข้อ ๖ ให้เลขที่กรมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

นายเจตน์ ธรรมธัชอารี

(นายเจตน์ ธรรมธัชอารี)

เลขที่กรมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี

พ.ศ. ๒๕๖๖

๖.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP	๑. เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๒. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP ๒. กรณีผู้รับบริการที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)	๑. พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีเงื่อนไขตามที่กำหนด เช่น ผลการตรวจ anti HCV เป็นบวก หรือหลักฐานการได้รับยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

- ๒ -

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๓. ค่าบริการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP ๒. กรณีผู้รับบริการที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)	๑. พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ๒. พบรายงานผลการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

REP - รายงาน REP แบบ SUMMARY

โครงการ : ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

จังหวัด : อุบลราชธานี

รอบ : 2566 / -- ทั้งหมด --

ค้นหา

ออกรายงาน

ล้างข้อมูล

เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : 11443 - รพร.เดชอุดม -

รายละเอียด ⓘ โครงการ : ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP) รอบ : 2566/--- ทั้งหมด ---

(1 - 10 of 10) 1 20 ▾													
Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วย บริการ	ชื่อนหน่วยบริการ	จวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
								เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
								รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6701100001	DNAP66103100085	31/10/2566	1,809	98,759.00	1,694	89,469.00	115	9,290.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6628090028	DNAP66092500084	25/09/2566	2,624	197,523.00	1,861	121,516.00	763	76,007.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6625080025	DNAP66083100083	31/08/2566	2,354	161,124.00	1,654	93,077.00	700	68,047.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6622070022	DNAP66073100082	31/07/2566	3,425	243,793.00	2,713	177,806.00	712	65,987.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6620060020	DNAP66063000081	30/06/2566	2,304	140,244.00	1,504	68,795.00	800	71,449.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6611050011	DNAP66053100080	31/05/2566	2,366	132,164.00	1,621	68,197.00	745	63,967.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6610040010	DNAP66043000079	30/04/2566	1,872	121,428.00	1,296	66,503.00	576	54,925.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6609030009	DNAP66033100078	31/03/2566	1,769	103,743.00	1,177	55,426.00	592	48,317.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6608020008	DNAP66022800077	28/02/2566	1,428	82,704.00	1,184	63,852.00	244	18,852.00
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพร.เดชอุดม	DNAP6607010007	DNAP66013100076	31/01/2566	1,887	106,715.00	1,439	73,874.00	448	32,841.00



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

ชื่อหน่วยบริการ	REP Date	ข้อมูลปกติ					
		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
		รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	31/12/2021	1,980	171,510.00	1,526	140,259.00	454	31,251.00

ป้ายชื่อแถว	DIS	LGO	NRD	OFC	OFL	PVT	SOF	SSS	UCS	VSS	WEL	ผลรวมทั้งหมด
Anti-HIV	1	4		14	1	1		39	135		51	246
CBC		1		6				27	44		27	105
CD4		1	1	11			1	41	121		93	269
Chol.				5				27	42		26	100
Cr.		1		6				27	44		27	105
F/U ค่าบริการให้คำปรึกษาและติดตามผล		3	10	15				82	147	1	74	332
FBS		1		5				26	42		27	101
sGPT(ALT)		1		6				27	43		27	104
TG		1		5				26	42		27	101
VCT ค่าบริการให้คำปรึกษา	1	4		19	1	1		43	147		55	271
ค่าวัสดุ/ขนส่ง CD4		1		7				31	51		27	117
ค่าวัสดุ/ขนส่ง DR				1				3	4		1	9
ค่าวัสดุ/ขนส่ง VL		2		6				36	49		29	122
ผลรวมทั้งหมด	2	20	11	106	2	2	1	435	911	1	491	1,982

ผลรวม ของ ชดเชย		ป้ายชื่อคอลัมน์											
ป้ายชื่อแถว	DIS	LGO	NRD	OFC	OFL	PVT	SOF	SSS	UCS	VSS	WEL	ผลรวมทั้งหมด	
Anti-HIV	140	560		1,960	140	140		5,460	18,900		7,140	34,440	
CBC		-		-				-	1,100		675	1,775	
CD4		-	-	-			-	-	48,400		37,200	85,600	
Chol.				-				-	1,050		650	1,700	
Cr.		-		-				-	1,100		675	1,775	
F/U ค่าบริการให้คำปรึกษาและติดตามผล		-	-	-				-	2,940	-	1,480	4,420	
FBS		-		-				-	1,050		675	1,725	
sGPT(ALT)		-		-				-	1,075		675	1,750	
TG		-		-				-	1,050		675	1,725	
VCT ค่าบริการให้คำปรึกษา	7	28		126	7	7		301	1,015		385	1,876	
ค่าวัสดุ/ขนส่ง CD4		-		-				-	1,020		540	1,560	
ค่าวัสดุ/ขนส่ง DR				-				-	400		100	500	
ค่าวัสดุ/ขนส่ง VL		-		-				-	980		580	1,560	
ผลรวมทั้งหมด	147	588	-	2,086	147	147	-	5,761	80,080	-	51,450	140,406	



ข้อมูลบริการดูแลรักษา
ปริมาณงาน
VCT
HIV
PCR
Register
FAU
PMCT
ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
ผลการตรวจ HCV
Reach&Recruit
PrEP Register
PrEP FAU
PrEP Lab

ข้อมูลบริการดูแลรักษา			
ปริมาณงาน / รายงาน			
ระดับข้อมูล	ประเทศ ▾	จังหวัด ▾	หน่วยบริการ ▾
ช่วงเวลา(ปี)	2565 ▾	ไตรมาส 1 ▾	พฤษภาคม ▾
สถิติ	ทั้งหมด ▾		
	ตาราง	กราฟ	GIS
	เปรียบเทียบข้อมูล		
กิจกรรม	มารับบริการ(คน)	มารับบริการ(ครั้ง)	
รวม	176,032	177,480	
VCT	29,046	29,232	
Anti-HIV	19,162	19,240	
PCR	167	167	
Register	1,048	1,057	
Followup	73,699	74,792	
PMCT	208	227	
CD4	19,618	19,620	
VL (Viral Load)	16,488	16,490	
DR (Drug Resistance)	42	42	

ชื่อผู้ใช้ :

รหัสผ่าน :

Login เคลียร์

เปลี่ยนรหัสผ่าน
ลืมรหัสผ่าน

วิธีการขอ username/password
หรือลืม username/password
คลิกใช้งานโปรแกรม NAP Plus

Copyright 2007. National Health Security Offices. All Rights Reserved. Version 6.0.81 Last Update 19/11/2021 11:00 AM [1

ตัวอย่างหน้าโปรแกรม NAP

Press **Esc** to exit full screen

NAP^{plus}



ชื่อผู้ใช้ :

รหัสผ่าน :

Login

Logout

เปลี่ยนรหัสผ่าน
ที่นี่

กรุณากรอก Username และ Password
เพื่อเริ่มใช้งานระบบ
กรุณากรอก Username และ Password
เพื่อเริ่มใช้งานระบบ NAP Plus



Copyright 2007. National Health Security Offices. All Rights Reserved. Version 6.0.81 Last Update 19/11/2021 11:00 AM (1)

NAP^{plus}

กลับสู่เมนูหลัก ข้อมูลความรู้ ออกจากระบบ

การตั้งค่าหลัก

การให้บริการผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอชไอวี

การจัดการข้อมูลระบบ

การบริหารจัดการยา

- การให้บริการ Reach&Recruit
- รายงานผลงาน Reach&Recruit
- การให้คำปรึกษา VCT
- การให้บริการ PrEP
- ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอชไอวี
- การรักษาและติดตามผล
- การรักษาและติดตามผล
- การป้องกันโรคติดต่อจากแม่สู่ลูก
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การอนุมัติการส่งตรวจ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การขอเปลี่ยนสูตรยา ARV
- การอนุมัติขอเปลี่ยนสูตรยา ARV
- ค้นหาประวัติ
- ส่งเบิกชดเชย
- สำนักงานประกันสังคม
- สรุปประวัติผู้ป่วยราย NAP Number
- สรุปประวัติผู้ป่วยราย NAP Number เพื่อลบข้อมูล
- สรุปรายชื่อผู้ป่วยตามวันนัดหมาย
- ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม
- ข้อมูลผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ
- ข้อมูลผู้ป่วยต่างด้าว (NRH)

- ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจรักษา
- ข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตามประเภทการตรวจ)
- หน่วยบริการขอคำปรึกษาเปลี่ยนสูตรยา
- ข้อมูลการส่ง E-Mail
- ข้อมูลคำพื้นฐานของระบบ
- จำนวนครั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข้อมูลกลุ่มยา DR ของระบบ
- ข้อมูล HIV Coordinator
- ข้อมูลห้องยา
- การดำเนินงานต่อ

- Initial Stock
- Stock Status
- อนุมัติปริมาณสำรองยา
- ปรับยอดสำรอง รายตัวยา
- Adjust Stock
- Return Stock
- รอบการจัดส่งด่วน
- ประวัติการปรับยอด
- รายงานเคลื่อนไหว
- รายงานสถานะการส่งข้อมูลยา ARV
- ให้ห้องการเภสัชกรรม
- รายงานการเบิกจ่ายยา
- รายงานการเบิกจ่ายยา (ประกันสังคม)
- รายงาน Stock ส่วนกลาง



ข่าวประชาสัมพันธ์



ตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2560 เป็นต้นไป ติดต่อ IT Helpdesk
โทร 1330 กด 5 กด 3
ขอภัยในความไม่สะดวกไว้ ณ ที่นี้ด้วย

Copyright 2007. National Health Security Offices. All Rights Reserved. Version 6.0.75 Last Update 08/03/2021 09:30 AM [10.3.2.104] (จำนวนผู้ใช้งานในเครื่องนี้ 342 คน)



ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ 1.1 บริการให้คำปรึกษา 1.2 ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) 1.3 ภูมยารอเนียบ	1.1 บริการให้คำปรึกษา 7 บาท/ครั้ง 1.2 บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท/ครั้ง 1.3 สนับสนุนภูมยารอเนียบ
2. ยาต้านไวรัส ยาลดไขมัน เพื่อการป้องกันและรักษา	สนับสนุนในรูปแบบของยา
3. การตรวจชิ้นสุตรทางห้องปฏิบัติการ	-CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT 25 บาท/รายการ
4. สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.1 บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.2 ภูมยารอเนียบ	4.1 บริการให้คำปรึกษา 7 บาท/ครั้ง 4.2 บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท/ครั้ง 4.3 สนับสนุนภูมยารอเนียบ
5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HCV)	Automate 300 บาท/ครั้ง, Rapid Test 70 บาท/ครั้ง

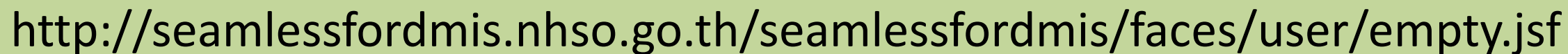
บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ARTTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ภูมยารอเนียบและสารหล่อลื่น	1.1 บริการให้คำปรึกษาครั้งแรก 80 บาท/ครั้ง การให้คำปรึกษาหลังตัดสินใจกินยา 20 บาท/ครั้ง 1.2 สนับสนุนภูมยารอเนียบ
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ	
3. บริการ PrEP	3.1 ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน 3.2 CrCl 20 บาท/ครั้ง 3.3 HBsAg STI (ELISA 130 บาท/ครั้ง, PHA 70 บาท/ครั้ง) 3.4 Pregnancy 70 บาท/ครั้ง 3.5 สนับสนุนภูมยารอเนียบ



สรุป รพ.พิมาย

One Plage



1. บริการยารักษาวัณโรคและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง		
1.1. บริการยารักษาวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่เปลี่ยนแปลง <p>รายการเพิ่มเติม: ปรับระบบการเบิกยารณัผู้ป่วยระยะต่อเนื่องให้เบิกยาสูงสุดไม่เกิน 2 เดือน ตามแนวทางดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ Covid-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ชดเชยเป็นยา หรือ เงินค่ายารักษาวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด
1.2. บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝง	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่เปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> ○ หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝงได้ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด
1.3. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่เปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> ○ หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคได้ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1 st และ 2 nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

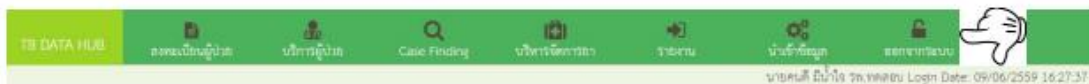
ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1.ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2.ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5.ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6.ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7.บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบSeamless)

PP 2566

PP 2566



1. ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม 20
2. ค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อติดตามการรักษา 20*3 sample
3. ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษา 100
4. ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 100



ผู้มีสิทธิ	<p>ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือ เท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7) บุคลากรสาธารณสุข
------------	--

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

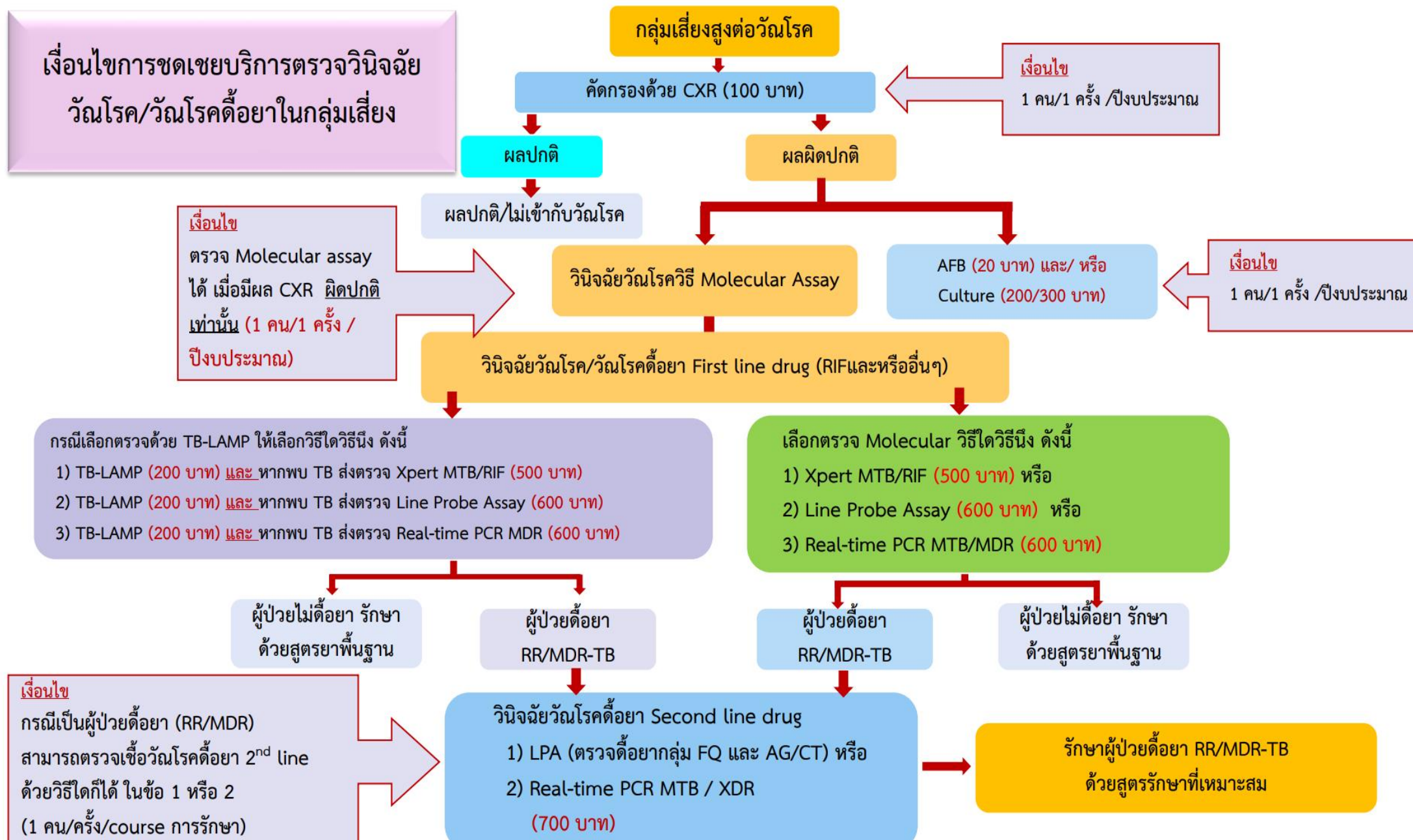
บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) 3. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	<p>ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือ เท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมีโรคร่วมเบาหวาน 6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7) บุคลากรสาธารณสุข 	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ ที่สามารถให้บริการคัดกรองและค้นหาวัณโรค	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอนุชีววิทยา (Molecular assay) <u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 TB-LAMP จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง หรือ 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดี่ยว) อัตรา 100 บาทต่อครั้ง 2.3 Real-time PCR MTB/MDR จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง 2.4 Line Probe Assay (LPA) จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท ต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)	อัตราจ่าย (ต่อ)	<p>3. หากตรวจพบผลดี้อย่า First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดี้อย่า Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า (RR/MDR-TB) <u>จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง</u> จากรายการดังนี้</p> <p>3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</p> <p>3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</p> <p>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</p> <p>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB <u>จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</u></p> <p>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือก<u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid media <u>จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง</u> - เทคนิค Liquid media <u>จ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง</u> 	คงเดิม
	โปรแกรม	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	คงเดิม



ชื่อหน่วยบริการ	REP Date	ข้อมูลปกติ					
		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
		รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	30/11/2021	301	12,420.00	278	11,880.00	23	540.00
	31/10/2021	82	2,280.00	63	1,820.00	19	460.00
	25/09/2021	82	2,920.00	68	2,480.00	14	440.00
	31/08/2021	83	2,500.00	69	2,140.00	14	360.00
	31/07/2021	94	3,240.00	74	2,680.00	20	560.00
	30/06/2021	153	5,540.00	108	4,160.00	45	1,380.00
	31/05/2021	84	2,800.00	64	2,080.00	20	720.00
	30/04/2021	1,012	96,560.00	199	16,860.00	813	79,700.00
	31/03/2021	93	2,740.00	69	2,020.00	24	720.00
	28/02/2021	2,283	224,780.00	72	4,640.00	2,211	220,140.00
	31/01/2021	230	15,460.00	101	3,780.00	129	11,680.00
รวม		4,497	371,240.00	1,165	54,540.00	3,332	316,700.00



ระบบบริหารจัดการโรคเฉพาะ(วันโรค)

ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
				เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
				รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	DMTB6502110002	DMTB64113000052	30/11/2021	141	4,900.00	91	3,020.00	50	1,880.00
	DMTB6501100001	DMTB64103100051	31/10/2021	118	3,000.00	79	2,060.00	39	940.00
	DMTB6425090025	DMTB64092500050	25/09/2021	220	7,280.00	166	5,880.00	54	1,400.00
	DMTB6424080024	DMTB64083100049	31/08/2021	122	3,720.00	86	2,760.00	36	960.00
	DMTB6421070021	DMTB64073100048	31/07/2021	270	9,400.00	171	6,860.00	99	2,540.00
	DMTB6419060019	DMTB64063000047	30/06/2021	612	17,920.00	457	14,180.00	155	3,740.00
	DMTB6417050017	DMTB64053100046	31/05/2021	318	16,280.00	106	3,400.00	212	12,880.00
	DMTB6416040016	DMTB64043000045	30/04/2021	6,358	622,360.00	260	20,880.00	6,098	601,480.00
	DMTB6411030011	DMTB64033100044	31/03/2021	55	1,900.00	36	960.00	19	940.00
	DMTB6409020009	DMTB64022800043	28/02/2021	720	62,800.00	94	4,520.00	626	58,280.00
	DMTB6407010007	DMTB64013100042	31/01/2021	551	16,860.00	461	13,460.00	90	3,400.00
				9,485	766,420.00	2,007	77,980.00	7,478	688,440.00

แยกรายละเอียดการ ไม่ชัดเจน

ป้ายชื่อแถว	▼	นับจำนวน ของ	ผลรวม ของ	นับจำนวน ของ	นับจำนวน ของ	นับจำนวน ของ	นับจำนวน ของ
		จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	จ่ายเพิ่ม	เรียกคืน
ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่มารับการรักษาและติดตาม		22	440	22	22	22	22
ชัดเจน		9	180	9	9	9	9
		9	180	9	9	9	9
ไม่ชัดเจน		13	260	13	13	13	13
TB101		6	120	6	6	6	6
TB104		7	140	7	7	7	7
ค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อติดตามการรักษา		146	2,920	146	146	146	146
ชัดเจน		55	1,100	55	55	55	55
		55	1,100	55	55	55	55
ไม่ชัดเจน		91	1,820	91	91	91	91
TB101		27	540	27	27	27	27
TB212		4	80	4	4	4	4
TB301		57	1,140	57	57	57	57
TB312		3	60	3	3	3	3
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษา		3	300	3	3	3	3
ชัดเจน		3	300	3	3	3	3
		3	300	3	3	3	3
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง		6,187	618,700	6,187	6,187	6,187	6,187
ชัดเจน		193	19,300	193	193	193	193
		193	19,300	193	193	193	193
ไม่ชัดเจน		5,994	599,400	5,994	5,994	5,994	5,994
TB002		1,097	109,700	1,097	1,097	1,097	1,097
TB006		33	3,300	33	33	33	33
TB008		2,438	243,800	2,438	2,438	2,438	2,438
TB101		267	26,700	267	267	267	267
TB102		2	200	2	2	2	2
TB103		6	600	6	6	6	6
TB301		2,150	215,000	2,150	2,150	2,150	2,150
TB311		1	100	1	1	1	1
ผลรวมทั้งหมด		6,358	622,360	6,358	6,358	6,358	6,358

ENY CODE	คำอธิบายรายละเอียด
TB001	วันที่บันทึกข้อมูลเกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ
TB002	ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB003	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อติดตามการรักษาครบแล้ว
TB004	จ่ายชดเชยค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษาครบแล้ว
TB005	ข้อมูลบริการซ้ำเคยจ่ายชดเชยบริการแล้ว
TB006	วันที่ให้บริการหลังวันที่เสียชีวิต
TB007	ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่ระบุสูตรยา, ไม่ระบุเดือนที่ตรวจ, ไม่ระบุหน่วยบริการ เป็นต้น
TB008	ข้อมูลไม่ตรงกับข้อกำหนดในการจ่าย เช่น ประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกับข้อกำหนดการจ่าย เป็นต้น
TB009	ไม่ใช่ว่าที่ชัดเจนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB010	ตายก่อนมารับบริการ
TB015	ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB016	ไม่ใช้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB017	จ่ายชดเชยค่าทดสอบ TST ครบแล้ว
TB018	จ่ายชดเชยค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคครบแล้ว
TB019	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจ Molecular assay เพื่อวินิจฉัยวัณโรคครบแล้ว
TB020	จ่ายชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ครบแล้ว
TB021	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค Culture เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดีดื้อยา ครบแล้ว
TB022	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค Culture เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดีดื้อยา first line drug ครบแล้ว
TB023	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจทดสอบความไวต่อยา DST เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดีดื้อยา first line drug ครบแล้ว
TB024	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจ Molecular assay เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดีดื้อยา first line drug ครบแล้ว
TB025	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค Culture เพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ครบแล้ว
TB026	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจทดสอบความไวต่อยา DST เพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ครบแล้ว
TB027	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจ Molecular assay เพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ครบแล้ว
TB028	หน่วยบริการถูกยกเลิกจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB029	ไม่ใช่ผู้ป่วย RE-ON-PRE
TB101	ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB102	วันที่บันทึกข้อมูลเกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ
TB103	วันที่ให้บริการหลังวันที่เสียชีวิต
TB104	ข้อมูลบริการซ้ำเคยจ่ายชดเชยบริการแล้ว
TB201	ข้อมูลเดือนที่เข้ารับบริการไม่สมบูรณ์ หรือไม่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด
TB202	ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยดูแลรักษาวัณโรคพื้นฐาน หรือหน่วยดูแลรักษาวัณโรคดีดื้อยา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB211	ข้อมูลเดือนที่เข้ารับบริการไม่สมบูรณ์ หรือไม่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด
TB212	วันที่บริการตรวจเสมหะ AFB เกิดก่อนวันที่วินิจฉัยวัณโรค
TB213	ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจเสมหะ AFB ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB214	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเสมหะ AFB ครบแล้ว
TB221	ข้อมูลเดือนที่เข้ารับบริการไม่สมบูรณ์ หรือไม่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด
TB222	วันที่บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เกิดก่อนวันที่วินิจฉัยวัณโรค

ชื่อหน่วยบริการ	REP Date	ข้อมูลปกติ					
		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
		รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	31/12/2021	200	11,040.00	137	3,580.00	63	7,460.00

ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ชดเชย	ผลรวม ของ ชดเชย
ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม	112	1,540.00
ค่าบริการตรวจ Molecular assay วิธี Xpert MTB/RIF เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (FLD)	10	700.00
ค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อติดตามการรักษา	76	1,160.00
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษา	2	100.00
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ว่าง)	1	100.00
ผลรวมทั้งหมด	201	3,600.00

ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ไม่ชดเชย	ผลรวม ของ ไม่ชดเชย2
ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม	112	700
TB101	77	-
TB103	17	340
TB104	1	20
TB104	17	340
ค่าบริการตรวจ Molecular assay วิธี Xpert MTB/RIF เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (FLD)	10	6,300
TB101	1	-
TB263	2	1,400
TB263	7	4,900
ค่าบริการตรวจเสมหะ AFB เพื่อติดตามการรักษา	76	360
TB101	58	-
TB101	9	180
TB212	9	180
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อติดตามการรักษา	2	100
TB101	1	-
TB101	1	100
ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก CXR เพื่อวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	1	-
(ว่าง)	1	-
(ว่าง)		
ผลรวมทั้งหมด	201	7,460

650P

TB101 | ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

66PP

ทุกสิทธิการรักษา

บริการกรณีเฉพาะ



งบบริการกรณีเฉพาะ (CR) 399,4900 บาท/UC

ปกป้องการได้รับ บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- OPAE
- OP refer
- OP anywhere
- ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- สิทธิว่าง

เพิ่มความมั่นใจเรื่อง คุณภาพบริการ

- ยาละลายลิ่มเลือด
- เคมีบำบัด/รังสีรักษา
- ผ่าตัดต่อกระดูก
- CLCP
- ER คุณภาพ

ลดความเสี่ยง ด้านการเงินของ หน่วยบริการ

- อุปกรณ์/อวัยวะเทียม
- ผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
- รongเท้าเบาหวาน / TKA
- CAG/PCI/ผ่าตัดหัวใจ
- ออกซิเจนความกดดันสูง
- เปลี่ยนกระจกตา
- ปลุกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

จำเป็นต้องทำกับ บริการอย่างใกล้ชิด

- ค่าบริการเมทาโดน:
- การเข้าถึงยาจำเป็น
 - ยาจ.2 - ยากำพรั
 - Clopidogrel
- โรคเลือดออกง่าย

ต้องบริหารแบบ เฉพาะโรค

- ผป.โรคราลัสซีเมีย
- งบพป.วัณโรค
- **Palliative care**
- Rare disease



1. มีกลไกการตรวจสอบก่อนจ่ายการจ่ายตามผลงานบริการ ได้แก่ ระบบพิสูจน์ตัวตน (Authentication) และระบบตรวจก่อนจ่าย (Pre audit)
2. บริการ OP Anywhere ยกเลิกเขตพื้นที่รอยต่อ..ใช้บริการข้ามเขตได้ทุกเขต

บริการกรณีเฉพาะ ประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP refer ข้ามจังหวัด (เฉพาะที่เกินเขตแดนที่หน่วยบริการจ่าย)
- 1.3 คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.4 สิทธิว่าง และบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ IP-PUC/IPPRCC/SSS
- 1.5 กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรฯ
- 1.6 บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast tract) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่
- 2.5 ER คุณภาพ

3. Provider financial risk protection

- 3.1 Instrument-OP&IP
- 3.2 PCI /Open Heart/ One page CAG
- 3.3 บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 3.4 บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
- 3.5 บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม 3.6 บริการอุปกรณ์รองเท้าเบาหวาน
- 3.7 Hyperbaric O2-OP&IP
- 3.8 Corneal transplantation
- 3.9 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant)

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 คำสาร Methadone
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากำพรั่ว)

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง palliative care
- 5.4 Rare disease

<p>1.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) </p> <p>เงื่อนไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง 	<p>3.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) </p> <p>"ผู้มีสิทธิหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) ส่งคัดกรองแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ"</p> <p>เงื่อนไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นทหารเกณฑ์ส่งคัดกรองแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสวนสิทธิพบ SN001 หรือ SP001) 2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไปรักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม เช่น รพ.พังงา รักษาทหารเกณฑ์ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่อยู่ที่ จ.พังงา 3) อาคารแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น
<p>กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด : (OPAE) </p> <p>กรณีปกป้องการได้รับการบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น</p> <p>ประกอบด้วยบริการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งกำลังพลสำรอง และอาสาสมัครทหารพราน 2. ทหารผ่านศึก คนพิการ (เจ็บป่วยทุกประเภท ตามความจำเป็น) 3. ทหารทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ 4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8 5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ 	<p>2.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) </p> <p>"ทหารผ่านศึก คนพิการ"</p> <p>เงื่อนไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่มีสิทธิตามระบบ UC จะได้รับสิทธิการรักษาโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์ 2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช้การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ <p><small>หมายเหตุ : ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่เข้ารับบริการกรณี OPAE ขึ้นอยู่บริการภายในจังหวัด หรือ ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ เมื่อบริการที่เข้ามาจากระดับจังหวัด ดังนี้</small></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เห็นแก่ค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ 2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เห็นแก่ค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)
<p>4. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือ สิทธิว่างตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ </p> <p>เงื่อนไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นการเข้ารับบริการของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตาม มาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) อาการเรื้อรังอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น 	<p>5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ </p> <p>5.1 การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้สิทธิจากกองทุนประกันสังคม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ (จรัสโครงการพิเศษ Z34003) ไม่รวม การตรวจครรภ์/วางแผนครอบครัว 2. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด (จรัสโครงการพิเศษ Z34007) <p>5.2 ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นคนไทย ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น 2. มีรหัสโครงการพิเศษ Z75000 <p>5.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นเด็กแรกเกิด ที่เกิดมามีชีวิตก่อน ต่อมาได้เสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนทั้งนี้ยังไม่บรรจบเสียชีวิตในครรภ์ 2. มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE		
หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนืองยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ 	
หัวข้อ	ปี 2567	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด - อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ 	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim	

กรณีค่าพาหนะรับ-ส่ง ต่อ

เงื่อนไข

กรณี OP เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น
กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน



ค่ารถ : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

- กรณีระยะทางไป-กลับ ที่ไม่เกิน 50 กม.
จ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาท
- กรณีระยะทางไป-กลับ มากกว่า 50 กม.
จ่าย 500 บาท + จ่ายเพิ่มอัตรา กม.ละ 4 บาท ตาม
ระยะทางไป-กลับ



ค่าเรือ : ขึ้นอยู่กับประเภทของเรือ
อัตราจ่ายสูงสุด ไม่เกิน 35,000 บาท



ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และ
ระยะเวลาในการบิน (ประสานผ่านและได้รับ
การอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
แห่งชาติ (สพฉ.)

จ่ายสูงสุดไม่เกิน 160,000 บาทต่อครั้ง

กองทุน รก
EMS

ประเมินระดับความฉุกเฉินและอัตราค่าบริการ (EMS)



ระดับความฉุกเฉิน ตามการคัดแยก ณ ห้องฉุกเฉิน	การปฏิบัติการ	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน				
		ระดับ เฉพาะทาง	ระดับสูง (ALS)	ระดับกลาง (ILS)	ระดับพื้นฐาน (BLS)	ระดับต้น (FR)
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)	-รักษาและนำส่ง -รักษาและ นำส่ง	๑,๙๐๐	๑,๑๐๐	๗๕๐	๕๐๐	๓๕๐
ผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน (สีเหลือง)	-รักษาและ นำส่ง	-	๗๕๐	๕๐๐	๕๐๐	๓๕๐
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ รุนแรง (สีเขียว)	-รักษาแต่ ไม่นำส่ง (เฉพาะ ALS)	-	๓๕๐	๓๕๐	๓๕๐	๓๕๐
กรณี ยกเลิก ไม่พบเหตุ เสียชีวิตก่อนไปถึง		-	๒๐๐	๑๕๐	๑๐๐	๑๐๐

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

S1801 ค่าพาหนะในการส่งต่อ อัตราไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

หน่วย

ราคากลาง

จำนวน *

ครั้งละ

500.00

0

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

S1802 ค่าพาหนะในการส่งต่อ ส่วนที่เกิน 500 บาท

หน่วย

ราคากลาง

จำนวน *

กม.ละ

4.00

0

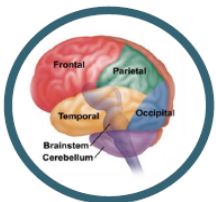
ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด **rt-PA** รวม(ค่าฉีดยา)
เพิ่มเติมจากการจ่ายในระบบปกติ

49,000 

ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด
ทางหลอดเลือดดำ ตามแนวทาง ดังนี้



ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น Cerebral infraction : I63.0-I63.9

มีการทำ CT Scan ก่อนและหลัง ให้อาละลายลิ่มเลือด : 8703

มีการให้อาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : 9910 และ/หรือ

มีการทำกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพในรพ.

บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าคำรักษาพยาบาล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือดรวม(ค่าฉีดยา)

เพิ่มเติมจากการจ่ายในระบบปกติ

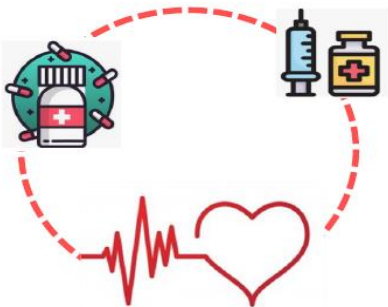


ยา **Streptokinase 10,000**

ยา **rt-PA 49,000**

ยา **TNK-TPA 22,660**

กรณีแพ้ยา **Streptokinase** หรือใช้เคยยา
Streptokinase มาภายใน 6 เดือน



อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา

เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT)รายละ 49,000 บาท/ครั้ง

- Cerebral infarction(I63)
- Acute myocardial infarction(I21)
- CT Brain (8703)
- Thrombolytic Agent (9910)
- Physical Therapy Exercises (931)


Chemo/Radio-OP&IP

2566

2567

1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
5	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
6	มะเร็งปอด (Lung cancer)
7	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
8	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
9	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
10	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
11	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟบลาสต์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
14	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
15	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมีอีลลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมีอีลลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)
19	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

การรักษามะเร็งโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้



1. กรณีโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- ให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- ไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา (นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)

การให้เคมีบำบัดรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง



จ่ายชดเชยค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน/ค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผน เป็นรายครั้ง ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกแต่ไม่เกินอัตราเพดานที่กำหนดและได้รับค่าสมญา 160 บาท/วัน

- ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน /รังสีรักษา / รังสีวางแผน หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก



จ่ายตาม ระบบ DRGs with Global Budget

- **ในเขต** อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ
- **ข้ามเขต** Adj.RW 9,600 บาท/Adj.RW โดยไม่หักเงินเดือน

โปรแกรมฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง Thai Cancer Based (TCB) ต่อยอดเป็น TCB Plus



ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าสมญา 160 บาท/วัน และ รังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง+ค่าสมญา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดาน
มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่าย Deduct DRG (CCUF) และจ่ายเพิ่ม (Add on) ค่ายาและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ
	รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on
มะเร็งทั่วไป		จ่าย DRG ปกติ ไม่มี add on

กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก) ปี 2567

1. หน่วยบริการรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การส่งการรักษา การพัฒนา และการบริหารยาเคมีบำบัด ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ สปสช. กำหนด
3. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2 ที่ให้การรักษาระยะและบริหารโรคมะเร็งดังนี้
 - 3.1 การตรวจเพื่อวินิจฉัยการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการประเมินระยะของมะเร็ง (Staging) ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้ ไม่รวมการคัดกรองเบื้องต้น (Screening) หรือการศึกษาวินิจฉัย
 - 3.2 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น
 - 3.3 การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการบริหารการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

ชนิดของมะเร็ง
มะเร็งตามโปรโตคอล

รักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามรายการ(แนบท้าย) ในประกาศ + ค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน

รักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 2,300 บาท

มะเร็งทั่วไป


รักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าสมญาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ปี 2567	หมายเหตุ
5. ชนิดของมะเร็ง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง <ul style="list-style-type: none">อ้างอิงแนวทางการรักษาตาม protocol ปี 2561รายการยามะเร็ง ตาม protocol ปี 2561
มะเร็งตามโปรโตคอล	
รักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามรายการ(แนบท้าย) ในประกาศ + ค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน	
รักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 2,300 บาท	
มะเร็งทั่วไป	
รักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท	

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)				
คำตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งจ่ายยาบัญชี จ (2)				
No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งจ่ายยา trastuzumab	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเดือน 1 ข้าง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจ Gene mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งจ่ายยา imatinib	จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย กรณีการสั่งจ่ายยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กรณีที่มีเหตุสมควร

พ.ศ.2566

ลำดับ	รายการยา							เรียกเก็บ			ลดหย่อน สปสช.	ลดหย่อน
1	1510231	767471	FOLICACID	FOLIC ACID TABLETS 5	ED	COVID,UCE		30	0.50	15.00	0.00	15.00
2	1510329	246778	LORAZEPAM	ANTA 1.0	ED			10	1.00	10.00	0.00	10.00
3	1510360	387088	METOCLOPRAMIDE	NAUSIL	ED	COVID,UCE		40	0.50	20.00	0.00	20.00
4	1510848	104539	omeprazole	MIRACID	ED	UCEP,COVI		30	1.50	45.00	0.00	45.00
5	1511012	556637	dexamethasone	DEXAMETHASONE	ED	CA_leukaemi		4	8.00	32.00	0.00	32.00
6	1560045	715616	ferrous fumarate	FEMARATE	ED			90	0.50	45.00	0.00	45.00
7	1570003	573172	Ondansetron	ONSIA INJECTION	ED	COVID,UCE		2	16.00	32.00	0.00	32.00
8	1590036	398705	ondansetron	ONSIA	ED	COVID,UCE		6	8.00	48.00	0.00	48.00
9	1590061	144609	doxorubicin hydrochloride	DOXORUBICIN HYDROCL	ED	CA_P_Neuro	injection	2	900.00	1,800.00	220.00	440.00
10	1590062	141984	fluorouracil	FLUOROURACIL	ED	CA_Breast,C	injection	3	87.00	261.00	67.50	202.50
11	1620084	305239	dexamethasone	DEXAFOUR	ED	CA_myeloma		6	1.50	9.00	0.00	9.00
12	1620101	143526	cyclophosphamide	ENDOXAN	ED	CA_P_Ewing	injection	1	486.00	486.00	630.00	486.00
13	ค่าผสมยา	-	-	-	-	-	-	0	0.00	0.00	0.00	160.00
								224	1510.5	2803	917.5	1544.5

Cataract รวมเลนส์

ค่าผ่าตัด

(VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่จำเป็นต้องผ่าตัด **ข้างละ 5,000 บาท**

ระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/200 **ข้างละ 7,000 บาท**

มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (complication) **ข้างละ 9,000 บาท**

ค่าเลนส์

เลนส์แข็ง(พับไม่ได้)
700 บาท/เลนส์

เลนส์พับได้
2,800 บาท/เลนส์

เก็บข้อมูล Serial number ในแฟ้ม

การบันทึกข้อมูล

1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. บันทึกการวินิจฉัยโรคหลักเป็นต้อกระจกในผู้สูงอายุ(H250,H251,H252,H258,H259)
3. บันทึกรหัสเหตุการณ์ตามที่กำหนด ทั้งนี้การผ่าตัดต้อกระจก 2 ข้าง ต้องระบุ extension code มากับรหัส ICD9-CM ด้วย(1319,132,1341,1342,1343,1351,1359,1369,1371)
4. บันทึกการวินิจฉัยโรครองที่ระบุระดับสายตา (V/A)
(H54.0,H54.1,H54.2,H54.3,H54.4,H54.5,H54.6,H54.9)
5. การผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องมีการให้รหัสโรครอง T812 และรหัสเหตุการณ์ 1473
6. บันทึกข้อมูลเบิกเลนส์แก้วตาเทียม ในหน้าคำรักษาพยาบาลช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา บันทึกบริษัท รหัสอุปกรณ์, หมายเลขอุปกรณ์ (serial number)

ค่าผ่าตัดและค่าเลนส์จ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการ Dx เป็น **Senile cataract (อายุ 40 ปีขึ้นไป)** ถ้าเป็นต้อกระจกอื่น ๆ ให้เบิกตาม GRGs

ค่าชดเชยครอบคลุมถึงค่าผ่าตัด ค่าตรวจร่างกาย ค่าวัสดุ ค่ายา ค่าชั้นสูตร ค่าภาระงาน ค่าติดตามดูแลหลังผ่าตัดรวมถึงค่า**รักษาภาวะแทรกซ้อน**ที่เกิดจากการผ่าตัด



Instrument-OP&IP



3.1 รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และ ช้อป่งซี่ (Instrument)

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

อัตราจ่าย

- จ่ายตามระบบ Point system with ceiling with global budget
- กำหนดอัตราจ่ายขดเซย 1.0 บาท/point

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

- มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP
- เพิ่มรายการอุปกรณ์ใหม่ จำนวน 10 รายการ
- ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูกฯ จำนวน 4 รายการ

ตามเรียกเก็บไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด โดยจ่าย Add on เพิ่มจากระบบปกติ ทั้ง OP และ IP

- 1) จ่ายตามรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ พ.ศ. 2565
- 2) บันทึกรหัสโรค (ICD10) รหัสหัตถการ (ICD9) และจำนวนอุปกรณ์ ตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ที่กำหนด



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยให้เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบ ๓๔.๑ ๓๔.๑.๑ ในข้อ ๓๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๔

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๔

(๔) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ข้อ ๔ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุข แก่ผู้พิการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		หมวด 1 ระบบประสาท		
	1000	1.0 กระโหลกศีรษะเทียม เนื้อหุ้มสมองเทียม และวัสดุอุดกระโหลก		
1	1001	1.0.1 กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant) ลักษณะ และชุดประกอบแบบ Methyl methacrylate and Polymethyl methacrylate	ชุดละ	4,000
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป		
2	1003	1.0.3 เนื้อหุ้มสมองเทียม (Dural Substitute) ลักษณะ เป็นแผ่นบางๆ ทำจากสารสังเคราะห์ หรือเนื้อเยื่อ	แผ่นละ	9,000
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไป หรือปกคลุมสมอง หรือใช้เสริมหลังใน ส่วนที่บวม จนไม่สามารถเย็บปิดเนื้อหุ้มสมองได้		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)
๒๑๓	๘๖๐๒	๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐
๒๑๔	๘๖๐๓	๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐
๒๑๕	๘๖๐๔	๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐
๒๑๖	๘๖๐๕	๘.๖.๕ แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับข้อมือเด็ก	ข้างละ	๕๐๐
๒๑๗	๘๖๐๖	๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับข้อมือผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐

ราคาปรับขึ้นลงตามปี

ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูกฯ จำนวน 4 รายการ ได้แก่

- 1) 7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ และ 7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (จาก 49,800 เป็น 48,000 บาท/ข้อ)
- 2) 7214B แผ่นโลหะตามกระดูก ขนดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate) (จาก 20,000 เป็น 17,000 บาท/ชิ้น)
- 3) 7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) (จาก 2,000 เป็น 1,600 บาท/ ตัว)

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.3 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) จ่ายตามรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมมาตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ พ.ศ. 2565 2) บันทึกรหัสโรค (ICD10) รหัสหัตถการ (ICD9) และจำนวนอุปกรณ์ ตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP 2) <u>เพิ่มรายการอุปกรณ์ใหม่ จำนวน 10 รายการ ได้แก่</u> หมวด 2 คา หู คอ จมูก จำนวน 2 รายการ หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 รายการ หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น จำนวน 6 รายการ หมวด 9 อื่นๆ จำนวน 1 รายการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC โดยกำหนดศักยภาพหน่วยบริการในบางบริการ เช่น ชุดประสาทหูเทียม เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นต้น	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเรียกเก็บไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด โดยจ่าย Add on เพิ่มจากระบบปกติ ทั้ง OP และ IP	<u>ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูก จำนวน 4 รายการ ได้แก่</u> 1) 7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ และ 7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (จาก 49,800 เป็น 48,000 บาท/ข้อ) 2) 7214B แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate) (จาก 20,000 เป็น 17,000 บาท/ชิ้น) 3) 7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) (จาก 2,000 เป็น 1,600 บาท/ ตัว)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มเติม

ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7207 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7208 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนฟีมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7209 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนทibia (Tibial component)	75,000	
7	7300 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Hinge knee	150,000	ให้มีระบบ PA ก่อนผ่าตัด
8	7224 อุปกรณ์ใส่โครงกระดูกเพื่อเชื่อมต่อข้อเท้าและข้อใต้เท้า(Tibiotalocalcaneal fusion nail : TTC nail) พร้อมสกรู 3-4 ชิ้น	20,000	
9	7315 สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)	2,000	
10	9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก	3,000	จ่ายผ่านระบบ VMI

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.4 บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับ ผู้ไม่มีฟันทั้งปาก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) บันทึกโรค/หัตถการตามที่กำหนด 2) บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65	มีระบบการ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม 2) จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราดังนี้ 2.1) ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาทต่อราย 2.2) ค่าติดตามการรักษา จ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี - ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท - ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาทต่อปี โดยมีการติดตามการรักษา อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ไม่มีฟันทั้งปาก

รหัสเบิก

กรณีบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ไม่มีฟันทั้งปาก

16 แฟ้ม	TYPE	CODE	CODE_NAME	หมวด
ADP	TYPE= 2	9220	ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดรากฟันเทียมทั้งปาก	หมวด 2
ADP	TYPE= 3	DENSUR	ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม	หมวด 19
ADP	TYPE= 3	DENFU1	ค่าติดตามการรักษา ปีที่ 1	หมวด 19
ADP	TYPE= 3	DENFU2	ค่าติดตามการรักษา ปีที่ 2-5	หมวด 19

รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ

ขั้นตอน	วินิจฉัย	หัตถการ	e-claim
1. ตรวจประเมินเพื่อวางแผนการรักษา	K08.1, K08.2	2330011 Comprehensive oral evaluation	*** ยืนยันตัวตนผู้ป่วย (Authentication) ในระบบ e-claim***
2. ผ่าตัดเพื่อฝังรากฟันเทียม	K08.1, K08.2	2337510 Surgical placement of implant body (fixture) : endosteal implant	ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท ค่าอวัยวะเทียม (รากเทียม) ชุดละ 3,000 บาท
3. ตรวจประเมินรากฟันเทียมที่ฝังเสร็จแล้ว	Z45.8	2337550 Implant/abutment supported fixed denture for completely edentulous arch	
4. ปรับแต่งฟันเทียมภายหลังการฝังรากฟัน	Z97.2	2287432 Modification of removable prosthesis following implant surgery	
5. ตรวจติดตามการรักษารากฟันเทียม	Z96.5	2287310 Periodontal debridement, - lower arch	- ค่าติดตามการรักษาปีที่ 1 เหมาจ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง (จ่าย 1 ครั้ง) - ค่าติดตามการรักษาปีที่ 2 – 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาท/ปี โดยมีการติดตามการรักษาอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง



อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

รหัสอุปกรณ์ *

9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

- ✓ 3,000
- ✓ 17,500
- ✓ 700
- ✓ 2,800

รหัสรายการ *

รหัสรายการ

- DENFU1 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 1
- DENFU2 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 2-5
- DENSUR ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

- 1) จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม
- 2) จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราดังนี้
 - 2.1) ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาทต่อราย
 - 2.2) ค่าติดตามการรักษา จ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี
 - ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท
 - ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาทต่อปี โดยมีการติดตามการรักษาอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

บริการกรณีเฉพาะ

จำเป็นต้องกำกับบริการอย่างใกล้ชิด



1. ยา Methadone สำหรับ MMT Fee schedule -ค่ายา
2. ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยาแก้ปวด) จ่ายเป็นยา

เพิ่มสิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2)

การตรวจรักษาและอัตราการชดเชยค่าบริการไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

เดิม บันทึกผ่านโปรแกรมยา จ.2
เปลี่ยน บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim



การเบิกค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง
สำหรับประชาชนทั่วไป

การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

1. HCV viral load (HCV RNA-Quantitative) 2,300 บาท/ครั้ง

การตรวจประเมินก่อนการรักษา (เลือกเบิกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- | | |
|--|-----------------|
| 1. APRI score/FIB-4 score | 200 บาท/ครั้ง |
| 2. Transient elastography (Fibro Scan) | 2,000 บาท/ครั้ง |
| 3. Fibro maker panel | 2,000 บาท/ครั้ง |

เพิ่มสิทธิประโยชน์ยาบัญชี จ(2) จำนวน 4 รายการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. ขยายข้อบ่งใช้ยา **Imatinib** และยา **Dasatinib** ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟยด์ ALL ที่มี Ph+ (รายการยาในระบบเดิม)
2. เพิ่มยา **Tocilizumab** เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA) ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน
3. เพิ่มยา **Ceftazidime/avibactam** เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา Ceftazidime/avibactam ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ Colistin

หมายเหตุ 1. มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2564 เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2564
2. คาดว่ายาจะมีพร้อมกระจายในเดือนมกราคม 2565

รายการยาใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566

ยาเดิม/ <u>เพิ่มข้อบ่งใช้ใหม่</u>	1. Bevacizumab	โรคจอตาผิดปกติในเด็กเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP)
	2. Voriconazole	โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Trichosporon spp.
	3. Linezolid	โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)
	4. Sofosbuvir + Velpatasvir	โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย : ปรับเงื่อนไขการสั่งใช้ยาไม่ต้องตรวจสภาพตับก่อนการใช้ยา
	5. Rituximab	โรค neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD)
	6. Octreotide acetate	ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
ยาเดิม/ <u>เปลี่ยนแปลงบัญชี</u> <u>ยา จ๒ เป็น ง</u>	1. Docetaxel	1.โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ 2.โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย 3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม 4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
	2. Letrozole 2.5 mg tablet	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER2 receptor เป็นบวก
<u>ยาใหม่ /</u> <u>ข้อบ่งใช้ใหม่ (อยู่ระหว่าง</u> <u>กระบวนการจัดหายา)</u>	1. Posaconazole	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราไมโครโมซิส (Invasive mucormycosis) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่ทนต่อยา amphotericin B
	2. Cysteamine bitartrate	รักษาโรค Nephropathic Cystinosis
	3. Sapropterin (BH4) (oral form)	1. รักษากลุ่มโรค Tetrahydrobiopterin (BH4) 2. รักษาโรค Phenylketonuria (PKU)
	4. Infliximab (สำหรับ IBD, AS)	1. โรคลำไส้แปรปรวน (inflammatory bowel disease) 2. โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing spondylitis)
	5. Adalimumab (สำหรับ PsA, RA)	1. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis) 2. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
การเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง 2564

	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
<u>เงื่อนไข</u>	1.การจ่ายค่าชุดเซบยา Clopidogrel เป็นเงิน - กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายเพิ่มเติมจากเหมาจ่าย กรณี OP ในหน่วยบริการ/OP ในจังหวัด รวมทั้งกรณี OPAE และ OP-Refer - กรณีผู้ป่วยใน : จ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs	เหมือน 2563
<u>อัตราการจ่าย</u>	จ่าย ราคาเม็ดละ 2.05 บาท	จ่าย ราคาเม็ดละ 3 บาท

2566

1 ครั้ง ไม่เกิน 120 เม็ด

บริการ Palliative care

หลักเกณฑ์	ปีงบประมาณ 2566
เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none">ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็น Palliative เมื่อผ่านการ admitted แล้ว ตาม Guideline ของกรมการแพทย์มีการ Register ผู้ป่วย Palliative Careกรณีการเบิกการเยี่ยมบ้านซ้อนกัน จ่ายให้หน่วยฯ ที่เบิกก่อน และหน่วยฯ ที่ส่งเบิก หลังให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสารบริการ Palliative Care ในเด็กอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี ทุกกลุ่มโรค มีระบบการ Authentication เมื่อเยี่ยมบ้าน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	ในระบบ UC
อัตราการจ่าย	<u>ค่าบริการเยี่ยมบ้าน</u> อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/เดือน จ่ายไม่เกิน 6 ครั้งนับจากครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน <u>กรณีเสียชีวิต</u> จ่ายเพิ่มเมื่อเสียชีวิต อัตรา 3,000 บาท (จ่ายครั้งเดียว/คน)
โปรแกรม	e-Claim

บริการ Palliative care

ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ Fix cost (บาท) *	ค่าบริการ รายเดือน (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน 30 วัน	3,000	1,000	4,000
ภายใน 60 วัน	3,000	1,000 + 1,000	5,000
ภายใน 90 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000	6,000
ภายใน 120 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	7,000
ภายใน 150 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	8,000
ตั้งแต่ 151 วัน ขึ้นไป	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	9,000

* จ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ** จ่ายทุกเดือนและหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

เหมาะจ่ายตามระยะเวลาการดูแลที่บ้าน

- กลุ่มโรคตามโปรแกรมแพทย์กำหนด
- มีผลการวินิจฉัยเป็นกลุ่มระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z515)
- มีผลการทำ Advance care plan (Z718)
- มีการรายงานกิจกรรมการดูแลที่บ้าน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากวินิจฉัยเป็นต้นเหตุในการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง
- อาจไม่พบบริการการตรวจทำ Advance care plan และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- อัตรา 1,000 บาท/คน/เดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต หรือไม่เกิน 6 เดือน

บริการ Palliative care

รหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
2. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
3. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
4. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
5. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
6. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
7. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
8. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
9. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69
10. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Stroke) รหัส ICD-10: I60-I69

รหัสโรคเรื้อรังตามที่
กรมการแพทย์กำหนด

Z51.5

371 8

ผู้ป่วยเด็กที่อาจเสียชีวิตใน
ระยะเวลา 6 เดือน

โรคเมอแรง โรคเรื้อรังอื่นๆ โรคหัวใจพิการ
โรคสมองพิการ ภาวะความผิดปกติทาง
พันธุกรรมที่รุนแรง ฯลฯ จำใช้ในการ
วินิจฉัย palliative care (Z51.5)
ในอายุ<15ปี และเสียชีวิต

รหัสโรคที่กำหนดให้เบิกค่าตอบแทน
ในการดูแลต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะ Long term Care
จ่ายค่าตอบแทนไม่มีกำหนดเวลา

ภาวะสมองเสื่อม
(Dementia)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง
(Age-related physical debility)

โรคมะเร็ง
ระยะแพร่
กระจาย

โรคเรื้อรังอื่นๆ

Stroke, COPD, Hepatic failure,
Advanced CKD, Full blown AIDS
Congestive Heart Failure

โรคเรื้อรังที่วินิจฉัยด้วย Palliative care (Z51.5)

วันที่เสียชีวิต

2566

2567



มีระบบการ Authentication
เมื่อเยี่ยมชมบ้าน

เข้ารับการรักษาทั่วไป
(OPD/
IPD/
PP)

11443 PC0060001

UC

Intermediate care
จ่ายค่าตอบแทน 6 เดือน

Stroke

การบาดเจ็บของ
สมองและไขสันหลัง

กำหนดเวลา

นอเด

[illegible]

សិក្រិបប្រះប្រៃប្រៃ

1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล Care Plan
2. ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข (ทีมแบบครอบครัว)
3. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยเครือข่ายจิตอาสา
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (จนสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู)
5. ประเมินผลการดูแลและปรับเปลี่ยนการดูแล

750

คำยาOpioid

รายการ

อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลาที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

សំណុំរឿងៈ០០២

กลุ่มเป้าหมาย

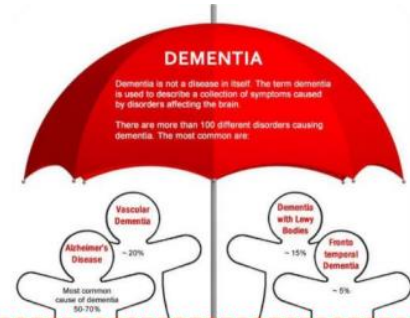
ผู้ป่วยมะเร็ง(รหัส C00-69,
รหัส D37-48)
และได้รับการวินิจฉัยเป็น
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคอง
(Z51.5)

LTC

พิทักษ์ชัย จิตธมน์

รหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์

- 1. โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระยะแพร่กระจาย)
- 2. โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) รหัส I60-I69
- 3. โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced chronic kidney disease) รหัส N18.5
- 4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) รหัส J44 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
- 5. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B23.0, B23.1 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
- 6. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)
- 7. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) รหัส I50
- 8. ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคเมตาบอลิก ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก้ำกัหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD 10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุ ร่วมกับ รหัส Z.515 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก



หมายเหตุ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รหัส F00-F03 และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รหัส R54 ที่ไม่มีรหัสร่วมตามรหัสด้านบนถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care (LTC))

พัฒนาการ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

- ดำเนินงานในพื้นที่ กปท. **ที่สมัครใจ**
- งบหลักพันบาท/คน/ปี (จัดสรร กปท. 5,000 บาทและหน่วยบริการประจำค่าคัดกรอง 1 แสนบาทต่อปี)
- ครอบคลุม**ผู้สูงอายุสิทธิ UC**
- บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มี CM เป็นผู้จัดการ Care Plan และ CG เป็นผู้ดูแล

ขยายสิทธิครอบคลุม

"ผู้สูงอายุ และ
ผู้มีภาวะพึ่งพิง
ทุกอายุ ทุกสิทธิ"

ปรับการจัดสรรงบ
"จัดสรรงบประมาณ
กปท. เป็น **6,000 บาท** ไม่
จัดสรรให้หน่วยบริการ
ประจำ"

ปรับการ**จ่ายตาม**
แผนการดูแล
แต่ละบุคคล

เริ่มดำเนินการ ปี 2559

ปี 2563

ปี 2564

ปี 2566



สิทธิประโยชน์

1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล Care Plan
2. ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอกครอบครัว) กิจกรรมตาม Care plan
3. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยผู้ช่วยผู้ดูแล Caregiver หรือ เครือข่ายจิตอาสา
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (งบสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู)
5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแล

รพ.

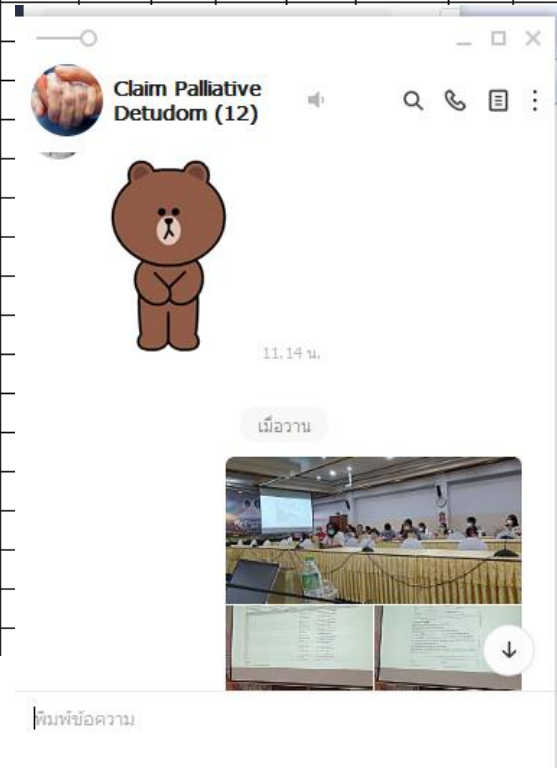
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
REP	ลำดับที่	TRAN_ID	HN	PID	ชื่อ - สกุล	วันเข้ารักษา	MAININSCL	เรียกเก็บ	พึงรับ		ยอดคงเหลือ
									OP	Palliative care	๕๕ พังสน
641100369	1	291914568	000419511			01/11/2021 10:30:00	UCS	2,735.00	0.00	4,750.00	4750
641100369	2	291914569	000440003			17/11/2021 07:54:00	UCS	455.00	0.00	1,000.00	1000
641100369	3	291914570	000325454			17/11/2021 10:49:00	UCS	250.00	0.00	1,000.00	1000
641100369	4	291914571	000177959			17/11/2021 10:55:00	UCS	200.00	0.00	1,000.00	1000
641100369	5	291914572	000374011			15/11/2021 10:00:00	UCS	200.00	0.00	1,000.00	1000



รพสต.

ตารางจัดส่งข้อมูล Palliative care

ลำดับ ที่	เยี่ยมครั้งแรก	HN	PID	ชื่อ - สกุล	ตค.63	พย.63	ธค.63	มค.64	กพ.64	มีค.64	เมย.64	พค.64	มิย.64	กค.64	สค.64	กย.64	Opioid	oxyg en	Set
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45















นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

Online

เมนูหลัก



 Home ข้อมูลและสถิติ 10 < รายงานทบทวนปฏิบัติการ รายงาน End User u ค้นข้อมูล Data Export < ค้นผล LAB ข้อมูล Vaccine HDC สสจ.อุบลฯ ศูนย์สารสนเทศ (HOSWAIS) คู่มือใช้งาน 4 <

» Create by GHOST «

จำนวนผู้ชม

9 2 9 8

สถิติและรายงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

 Home > ประมวลผลจากฐานข้อมูล HOS แสดงรายงาน 103 ตัว จากทั้งหมด 112 ตัว

เลือกกลุ่มรายงาน ▾

[แสดงรายงาน 103 ตัว

แสดง 10 ▾ รายการต่อหน้า

ค้นหา:

กลุ่มรายงาน	ชื่อรายงาน	ผู้ขอรายงาน	ผู้จัดทำ รายงาน	วันที่ปรับปรุง	ประมวล ผล
งานประกันสุขภาพ	Palliative-CKD(N185)	นส.ภีพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:38	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-Storke(I60-I69)	นส.ภีพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:36	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-มะเร็ง(C00-C96 หรือ D37-D48)	นส.ภีพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:33	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (นอกเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:20:09	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (ในเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:03:58	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCนอกเขต	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:00:35	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCในเขต	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 14:57:34	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก สุนัขกรรมและนรีเวชกรรม จำแนกตามรหัสโรคที่กำหนด	สมร ผลาไวย์	นายอัครเทพ สมดี	2021-06- 10:48:49	ทำรายงาน

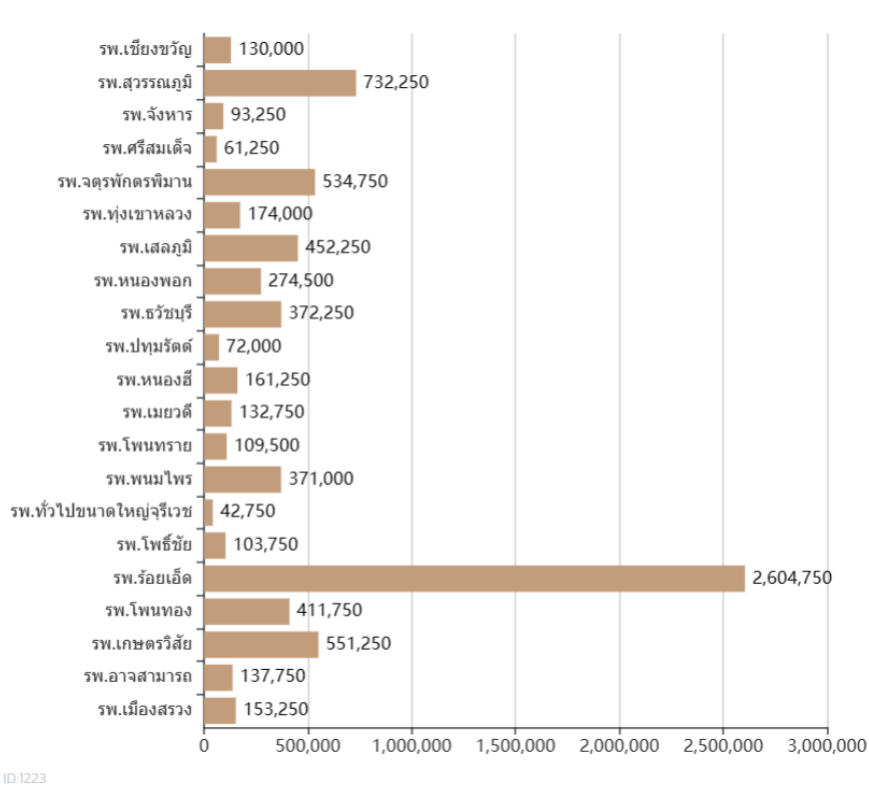
ติดต่อสอบถาม

NHSO-MIS for Hospital

ผลการชดเชยบริการผู้ป่วยระดับประคอง แยกรายหน่วยบริการในจังหวัด

รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	ครั้ง	ชดเชย(บาท)
11071	สว.เมืองสรวง	96	153,250
11073	สว.อาจสามารถ	81	137,750
11061	สว.เกษตรวิสัย	463	551,250
11066	สว.โพนทอง	321	411,750
10708	สว.ร้อยเอ็ด	1,326	2,604,750
11067	สว.โพธิ์ชัย	44	103,750
11964	สว.ทั่วไปขนาดใหญ่จุรีเวช	22	42,750
11065	สว.พนมไพร	202	371,000
11072	สว.โพนทราย	118	109,500
11074	สว.เมยวดี	126	132,750
27990	สว.หนองฮี	91	161,250
11062	สว.ปทุมรัตต์	38	72,000
11064	สว.ธวัชบุรี	185	372,250
11068	สว.หนองพอก	164	274,500
11069	สว.เสลภูมิ	307	452,250
27988	สว.ทุ่งเขาหลวง	94	174,000
11063	สว.จตุรพักตรพิมาน	345	534,750
11075	สว.ศรีสมเด็จ	31	61,250
11076	สว.จังหาร	42	93,250
11070	สว.สุพรรณภูมิ	512	732,250
27989	สว.เขียงขวัญ	71	130,000
รวม		4,679	7,676,250

ผลการชดเชยบริการผู้ป่วยระดับประคอง รายหน่วยบริการ



กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ : 2566



ระบบสารสนเทศการให้บริการฟื้นฟู
สมรรถภาพ

2565

งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
(๑๘.๗๓) บาทต่อผู้มีสิทธิ UC

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด
(ไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ)

จ่ายตามผลงานบริการ [Seamless]
(ไม่น้อยกว่า ๑๓.๗๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ)

2566

4.ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

17.23

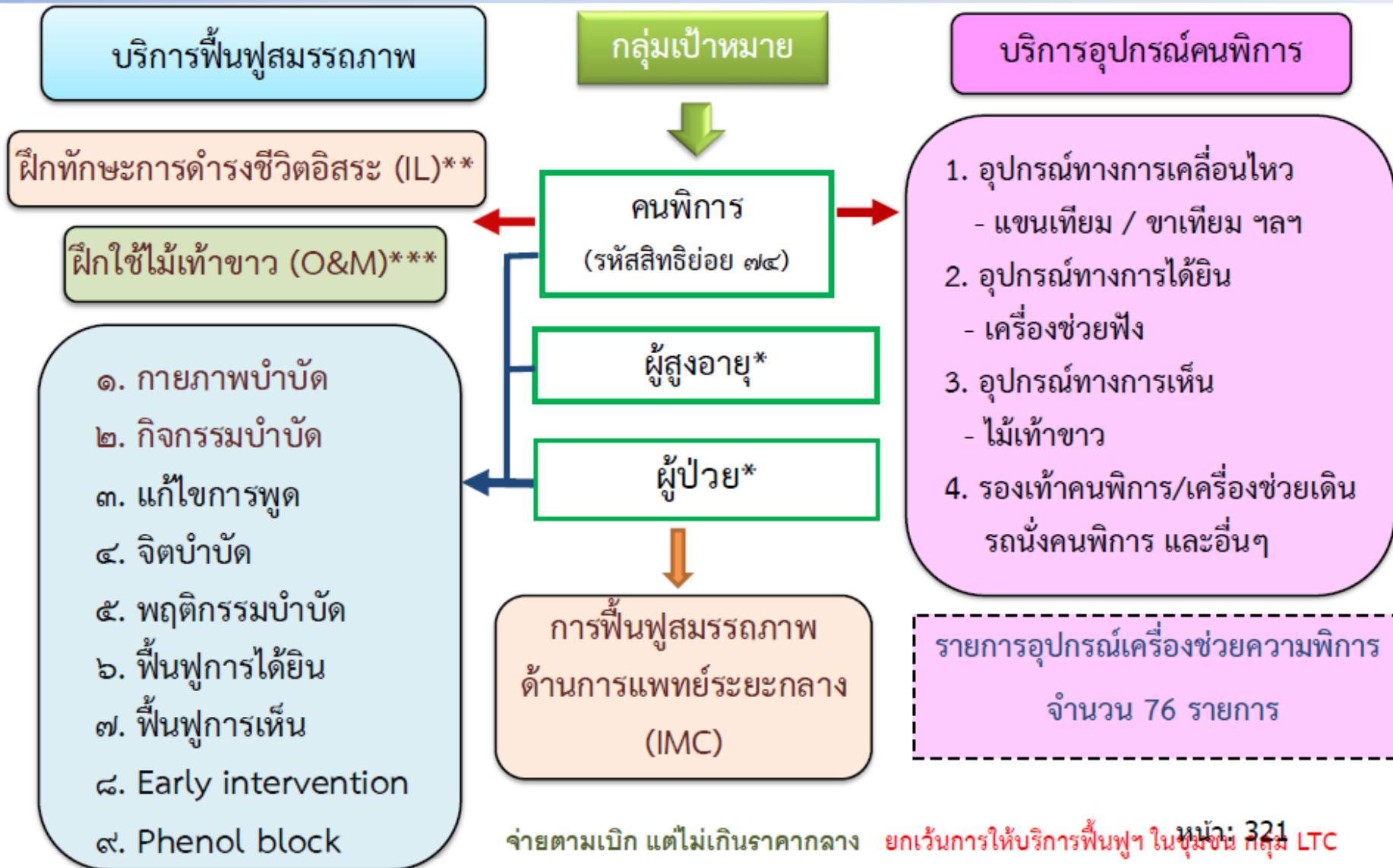
-1.50

-8%

ประเด็นสำคัญ

- ผู้มีสิทธิ : UC : ท.74
- โปรแกรม : E-claim

บริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



- เฉพาะสถาบันสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จ่ายตามจริงทั้งบริการและอุปกรณ์
- อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๗๖ รายการ การฝึก O&M การฝึก IL บริการ IMC จ่ายตามจริงไม่เกินรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule)
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จ่ายตาม Point system with ceiling ของรายการบริการ

เกณฑ์การจ่ายผลงานของกองทุนฟื้นฟูฯ



รายการอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ

๙ รายการ



รายการการจัดบริการฟื้นฟู ๓ รายการ

- (๑) กายภาพบำบัด (เฉพาะในชุมชน)
- (๒) กิจกรรมบำบัด (เฉพาะในชุมชน)
- (๓) การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็นด้านการทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)

ทั้งนี้รายการกายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการและบริการฟื้นฟู คณะกรรมการอาจกำหนดรายการเพิ่มเติมได้อีก ตามที่เห็นสมควร

<https://pfr.nhso.go.th/pfr/index.htm>

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (ไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๙ รายการ และรายการอื่นที่ กก. เห็นชอบ
- ค่าบริการฟื้นฟูฯ ในชุมชน(ฝึกไม่แพ้ขาว / กายภาพบำบัด / กิจกรรมบำบัด)
- ค่าซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วนอุปกรณ์ฯ หรือจัดทำอุปกรณ์เฉพาะ
- ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
- ปรับสภาพแวดล้อม เพื่อการดำรงชีวิตอิสระ
- บริหารจัดการ/พัฒนากองทุนฟื้นฟูฯ

บริหารจัดการระดับประเทศ

- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับรายการที่กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯ ดำเนินการ เว้นแต่พื้นที่ที่ไม่จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯ
- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูฯ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องฟื้นฟูฯ โดยเป็นบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ กรณีเป็นพื้นที่ที่ไม่จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯ ให้ครอบคลุมบริการฟื้นฟูฯ ตามรายการที่กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯ ดำเนินการ
- ค่าบริการ IMC และการฝึก IL

IMC:2566

OP : จ่ายตามผลงาน

IP : จ่ายตามDRG V.5...**2 Episode**

Phase	บริการ	งบที่จัดสนับสนุน
Acute	Acupuncture	ค่าบริการเพิ่มเติม (ฝังเข็มในผู้ป่วย Stroke)
Recovery	IMC OP & Community Rehab	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
Chronic	TTM	ค่าบริการเพิ่มเติม (บริการแพทย์แผนไทย)
	LTC	ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
Terminal	Palliative care	บริการกรณีเฉพาะ (การดูแลแบบประคับประคอง)

ประเภทการให้บริการ	รหัสบริการ	อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ	จำนวนครั้งที่ให้บริการ	หมายเหตุ
กายภาพบำบัด	H9339	๔๕๐	ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง	- จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือในชุมชนในระยะ ๖ เดือน
กิจกรรมบำบัด	H9383.1	๑๕๐	รวมบริการกิจกรรม บำบัด และแก้ไขการพูด ไม่เกิน ๑๐ ครั้ง	จำนวนรวมทั้ง ๓ บริการ ไม่เกิน ๓๐ ครั้ง
แก้ไขการพูด	H9375.1	๑๕๐		- ยกเลิกการจ่ายชดเชยพิเศษ กรณี IMC-IP

OP

e-claim+Disability

1. กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท ต่อครั้ง
2. เพิ่มเติมสำหรับการให้บริการในชุมชนกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง

กายภาพ

แพทย์แผนจีน

พยาบาลชุมชน

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 2.สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury : TBI)
- 3.การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI)
4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture)

stroke I60 - I64

TBI S061 - S069

SCI S14.0 - S14.1 S24.0 - S24.1 S34.0 - S34.1 S34.3)

FHF S72.-

1. จ่ายค่าฝังเข็มตามผลงานบริการ อัตรา 150 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 20 ครั้ง หรือ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน (180 วัน) ร่วมกับการบันทึกค่า BI ทุกครั้ง
2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ (เพิ่มเติม) อัตรา 1,000 บาท เมื่อให้บริการผู้ป่วยรายเดิมครบ 20 ครั้ง ในหน่วยบริการเดียวกัน

รหัสเบิก	รายการ	อัตราจ่าย
9021801	subcutaneous electro-needling	150.00
9031801	muscle electro-needling	150.00
9991801	electro acupuncture therapy	150.00
9991810	single-handed needle insertion	150.00
9991811	double-handed needle insertion	150.00

I64 แพทย์แผนปัจจุบัน
U78112 แพทย์แผนจีน
999-18-10 หัตถการฝังเข็ม
OP+IP



*กายภาพ 1 คน ทำกิจกรรมไม่เกิน 8 ราย/วัน
 *OP กายภาพ 450 บาท/ไม่เกิน 20 ครั้ง /ภายใน 6 เดือน

13. บุรณการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทย์แผนไทย

บริการที่มีการ
เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) กระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ในผู้ป่วย อายุ >50 ปี (เพิ่มกลุ่มโรค)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือ/แนวทางที่กระทรวงสธ.กำหนด
อัตราจ่าย	-บริการ IP คำนวณจ่าย DRGs ตามอัตรารณณในเขต ข้ามเขต โดยกรณีรักษาในหน่วยบริการเดียวกันตั้งแต่ระยะ acute จนถึง IMC จะจ่ายเหมือนกรณีแยกเป็น 2 episodes -บริการ OP ตามรายการ FS ที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

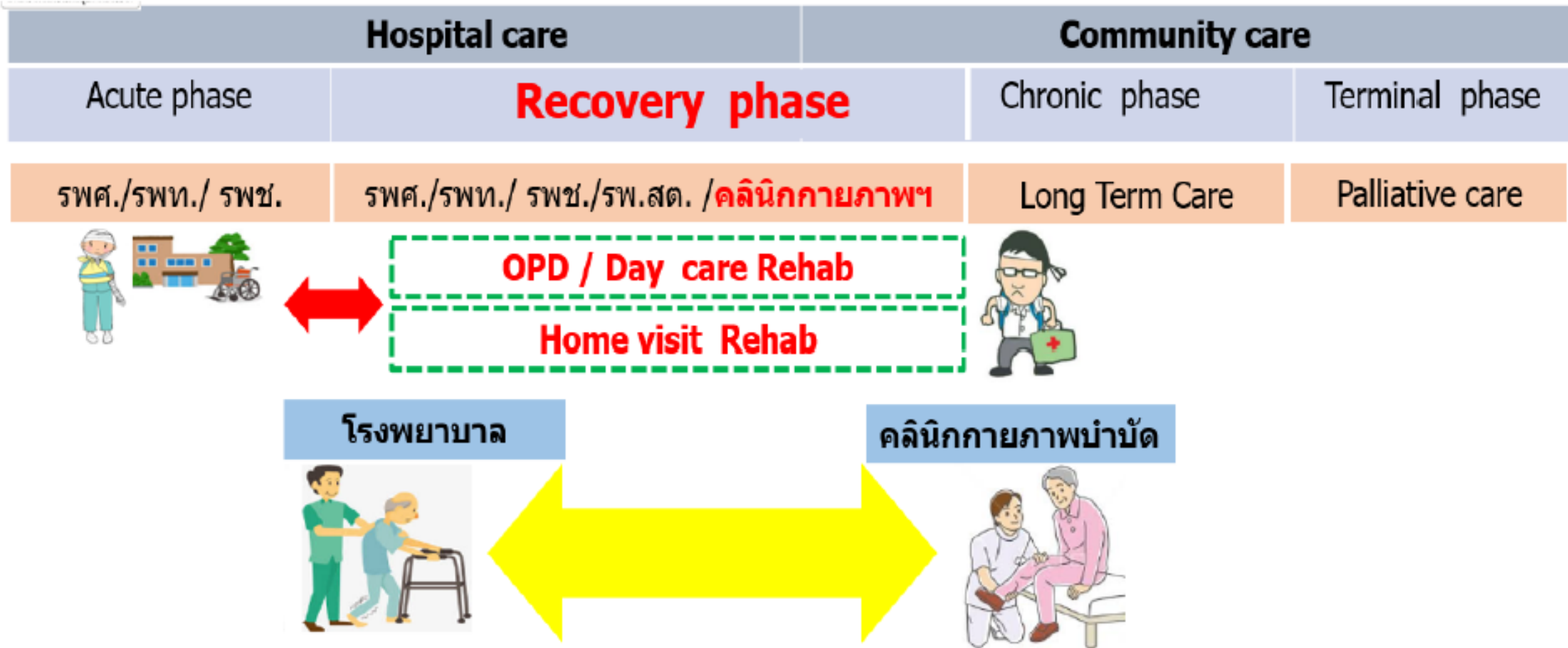
ลำดับการจัดบริการ IMC



1. ID
2. HN AN
3. ICD 10
4. Plan for IMC
5. ADL < 15 or ADL ≥ 15 + Multiple impairment

OP ผังเข็ม 150 บาท/ภายใน 6เดือน *ครบ20 ครั้ง +1000

- ด้านการกลืน
- ด้านการสื่อสาร
- ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย
- ด้านความคิดและการรับรู้
- ด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ



จำนวนครั้งของบริการ intensive care ในระยะ golden period **นับต่อเนื่อง (โรงพยาบาลและคลินิกกายภาพฯ)**

- กายภาพบำบัด ไม่เกิน 20 ครั้ง
- กิจกรรมบำบัด + แก้มือการพูด ไม่เกิน 10 ครั้ง (เฉพาะในโรงพยาบาล)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการชดเชยค่าบริการ เป็น Point system with ceiling

- ผู้ป่วยหลังพ้นระยะ Golden period 6 เดือน (นับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน 180 วัน)
- บริการครบตามโปรแกรม (กายภาพบำบัด 20 ครั้ง / กิจกรรมบำบัดและหรือแก้มือการพูด 10 ครั้ง)

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
ค่าบริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้าน การแพทย์ใน รูปแบบ ความร่วมมือ กับองค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น (จังหวัดที่มี กองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับ จังหวัด)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>สปสช.จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้มีสิทธิในชุมชน กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด 2. การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการมองเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) 3. หน่วยบริการที่จัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ 9 รายการ รหัสอุปกรณ์ 8706, 8707, 8708, 8711, 8901, 8902, 8903, 8904, 9001 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	สปสช. สมทบ อบจ. เท่ากับไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ	สปสช. สมทบ อบจ. เท่ากับไม่เกิน 8 บาทต่อผู้มีสิทธิ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นเพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็น คนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	<p>อัตราค่าใช้จ่าย 9,000 บาทต่อคน (1 คนเข้ารับบริการได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น)</p> <p>รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น 2 รูปแบบ</p> <p>1 กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละไม่เกิน 15 คน อัตราส่วนของครูฝึก 1 คนต่อผู้เข้ารับบริการ 5 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อคน โดยให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน</p> <p>2 กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้รับบริการรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับบริการรายกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม 80 ถึง 120 ชั่วโมง</p>	คงเดิม
	หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่ให้บริการมาคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>1. ผ่านการรับรองตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน(O&M Instructor) จำนวน ไม่น้อยกว่า 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6 ถึง 8 สัปดาห์จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม</p> <p>2. จัดให้มีบริการหรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น</p>	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะดังนี้ 1.1 คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 1.2 ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วม	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตรา	แบ่งจ่ายชดเชย 2 ครั้ง จำนวน 11,000 บาทต่อการให้บริการ 1 ราย ตามอัตรา ดังนี้ 1. ครั้งที่ 1 เหม่าจ่าย จำนวน 6,000 บาท เมื่อหน่วยบริการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ ตกลงบริการ การให้ปรึกษาฉันเพื่อน กำหนด Achieve goal ร่วมกัน หน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึก Achieve goal ในระบบ Disability 2. ครั้งที่ 2 เหม่าจ่าย จำนวน 5,000 บาท เมื่อหน่วยบริการดำเนินการครบตามกำหนด บันทึกผลการดำเนินงาน และ Achieve goal ในระบบ Disability	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่เป็น ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ โดยกรณี กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนได้ ทั้งนี้จ่ายชดเชยตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) โดยจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด (9 รายการ)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ 1. คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) 2. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 3. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	คงเดิม
	หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2. มีบุคลากรสาขาวิชาชีพตามกิจกรรมที่ขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการ
	โปรแกรม	Disability , OPBKK Claim , e-Claim	e-Claim

ส.ย.	ประเภทการดำเนินการ	รหัสบริการพื้นฐาน	ชื่อบริการพื้นฐาน	เริ่ม	สิ้นสุด	ICD10	ICD9	ราคากลาง (ต่อหน่วย)	ค่าบริการ (ต่อหน่วย)	ราคาที่จ่ายจริง (ต่อหน่วย)	ส่วนต่าง (ต่อหน่วย)	จำนวน	รวมราคา หักข้อเบิก	รวมราคา ที่แจ้งเบิกได้	วันที่บันทึก
๒๕๖๕	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			M4807, G839	9311	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			G839, Z501	9339, 9322	150		150	0	1	150	150	01/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			M4807, G839	9311	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			M171, G839	9322	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			Z501, N188	9311, 9322,9339	150		150	0	1	150	150	04/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	04/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	08/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			Z8952	9311, 9322,9339	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			G510	9311, 9334,9335	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			I639	9339, 9311,9322	150		150	0	1	150	150	06/09/2566
ผู้ป่วยนอก	H9339	กายภาพบำบัด			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	06/09/2566	

การตรวจสอบข้อมูลบริการ

รายงานสถิติการให้บริการฟื้นฟู

ช่วงเวลาแสดงรายงาน A ช่วงเวลาแสดงรายงาน

เดือน/ปี ที่รับบริการ : ตุลาคม 2561 ถึง ธันวาคม 2561

สปีชีส์, เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

จังหวัด : 3400 : อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : -- เลือกทั้งหมด --

B เลือกหน่วยบริการ

แสดงรายงาน C แสดงรายงานหน้าจอ

ส่งออก CSV D ส่งออกข้อมูล (CSV)

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนครั้ง	ราคา (จำนวนเงิน)
กลุ่มที่ 1 คนพิการ	1,274	364,650
กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ	1,689	460,500
กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วย sub-acute (13 กลุ่มโรค)	24	3,600
กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	1	150
กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ อื่นๆ	3,923	1,147,050

งบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget)

งานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายก

เขตพื้นที่ เขต 10 กรุงเทพมหานคร จังหวัด กรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

Batch No. 0974

ข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2563 เวลา 21:13

^{๙๙} ติดต่อผู้รับผิดชอบ/สอบถามข้อมูลรายละเอียดการโอนเพิ่มเติม กรุณาคลิกที่ [คอลัมน์นี้](#)

โครงการย่อยเฉพาะด้าน	จำนวนเงิน	ระยะเวลาโครงการ	พื้นที่ดำเนินงาน	หลักประกันสัญญา	ภาษีเงินได้	ผลประโยชน์ที่จ่าย	ผลประโยชน์ที่จ่าย	จำนวนเงินที่หักภาษี	Do not lose it	หมายเหตุผู้ติดต่อ
ค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูและอุปกรณ์	69,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00	69,750.00	0.00	0.00		
	69,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00	69,750.00	0.00	0.00		

A: seamlessfordmis

B: ผู้ติดต่อ

1. คุณเตี๊ยม ชื่นมั่ง โทร 0614212118 e-mail
sietakal.n@nhsa.go.th



นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

Online

เมนูหลัก

Home

ข้อมูลและสถิติ 10 <

รายงานทบทวนอุบัติการณ์

รายงาน End User u

ค้นข้อมูล Data Export <

ค้นผล LAB

ค้นข้อมูล Vaccine

ค้น HDC สสจ.อุบลฯ

ค้นยี่สารสนเทศ (HOSWAIS)

คู่มือใช้งาน 4 <

» Create by GHOST «
จำนวนผู้ชม

สถิติและรายงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Home > ประมวลผลจากฐานข้อมูล H

📄 แสดงรายงาน 103 ตัว จากทั้งหมด 112 ตัว

เลือกกลุ่มรายงาน ▾

[แสดงรายงาน 103 ตัว]

แสดง 10 ▾ รายการต่อหน้า

ค้นหา :











กลุ่มรายงาน ⚙	ชื่อรายงาน	ผู้ขอรายงาน ⚙	ผู้จัดทำ รายงาน ⚙	วันที่ปรับปรุง ⚙	ประมวล ผล ⚙
งานประกันสุขภาพ	IMC(T90-T91)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขี้ยว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:54:22	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(R27-R48)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขี้ยว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:42:47	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(G81-G83)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขี้ยว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:35:11	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(I60-I64)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขี้ยว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:18:45	ทำรายงาน 🔄
เวชระเบียน	รายการ Chart ค้างส่งจาก ward	นางสาวสุกสร ดันสิงห์	นายอัครเทพ สมดี	2021-05-13 11:08:42	ทำรายงาน 🔄
ผู้ป่วยนอก	OPD-อันดับโรค refer in แผนก อายุรกรรม	นางสาววิศรา ใจภพ	นายอัครเทพ สมดี	2021-03-31 15:48:34	ทำรายงาน 🔄
ผู้ป่วยนอก	อันดับโรค OPD อายุรกรรม	นางสาววิศรา ใจภพ	นายอัครเทพ สมดี	2021-03-31 15:48:30	ทำรายงาน 🔄



นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

Online

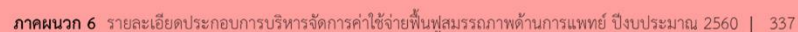
เมนูหลัก

 Home ข้อมูลและสถิติ 10 < รายงานทบทวนปฏิบัติการ รายงาน End User u ค้นข้อมูล Data Export < ค้นผล LAB ข้อมูล Vaccine HDC สสจ.อุบลฯ ศูนย์สารสนเทศ (HOSWAIS) คู่มือใช้งาน 4 <

งานประกันสุขภาพ	Palliative-Storke(I60-I69)	นส.ภิพาวัลย์ สายงาม	นายอัณณพ สมดี	2021-07-15 09:10:36	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-มะเร็ง(C00-C96 หรือ D37-D48)	นส.ภิพาวัลย์ สายงาม	นายอัณณพ สมดี	2021-07-15 09:10:33	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (นอกเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัณณพ สมดี	2021-07-08 15:20:09	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (ในเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัณณพ สมดี	2021-07-08 15:03:58	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCนอกเขต	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัณณพ สมดี	2021-07-08 15:00:35	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCในเขต	นางสาวพัชรียา ประทาส	นายอัณณพ สมดี	2021-07-08 14:57:34	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก สูติกรรมและนรีเวชกรรม จำแนกตามรหัสโรคที่กำหนด	สมร ผลาไวย์	นายอัณณพ สมดี	2021-06-30 10:48:49	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	EYE-ตรวจสอบรายการนัดจากผู้มารับบริการที่คลินิกจักษุ	นางธนพร นบมอบ	นายอัณณพ สมดี	2021-06-30 09:03:01	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	IMC(S06-S34)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	นายอัณณพ สมดี	2021-06-18 15:56:38	ทำรายงาน

แสดง 31 ถึง 40 จาก 103 รายการ

[ก่อนหน้า](#) [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [...](#) [11](#) [ถัดไป](#)



😊 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 🛒 อุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ 😊 บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง [IMC-OP] 😊 บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง [IMC-IP] ⚖️ บริการฝังเข็ม+กระตุ้นไฟฟ้า ⓘ บริการที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการชดเชย



สรุปค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เขต 10 อุบลราชธานี

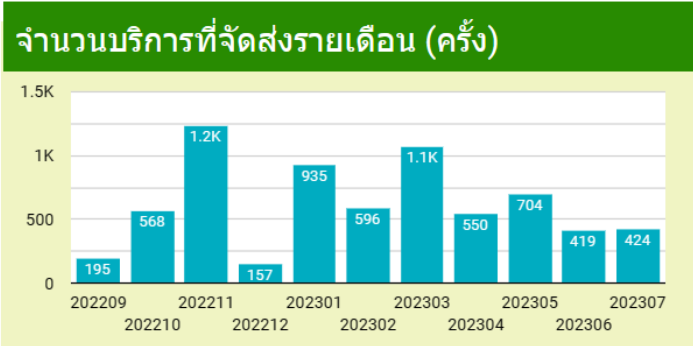
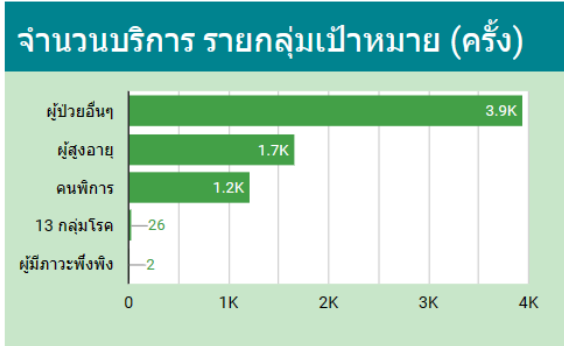
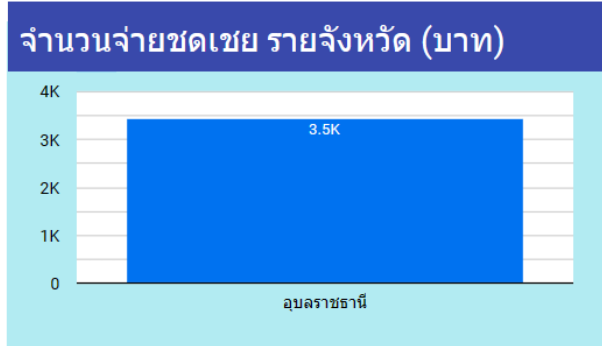
หน่วยบริการ (แห่ง) 1

จำนวน (ครั้ง) 6,852

จ่ายชดเชย (บาท) 3,450.00

จังหวัด: อุบ... (1) ▾

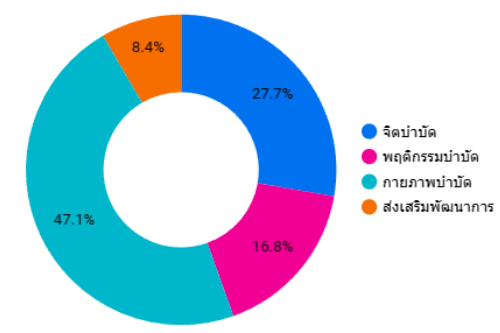
หน่วยจ่าย ▾



หน่วยบริการ	ครั้ง ▾	บาท
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	7,572	150
รพ.บุณเทร็ก	6,933	118,500
รพ.เดชอุดม	6,852	3,450
รพ.สิรินธร	6,196	76,200
รพ.๕๐ พรรษา มหาวิชชาलगरण	5,087	13,650
รพ.ม่วงสามสิบ	4,654	246,150
รพ.พิบูลมังสาหาร	3,604	204,150
รพ.เขมราฐ	3,433	10,350
รพ.โขงเจียม	2,985	160,950
รพ.ศรีเมืองใหม่	2,804	1,650
รวมทั้งหมด	66,070	1,139,500

กิจกรรมบริการ	ครั้ง ▾	บาท
H9449.1 : จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	5,688	-
H9433.1 : พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	508	-
H9339 : กายภาพบำบัด	498	3,450
H9438.1 : Early Intervention (รหัสรายบุคคล)	156	-
H9433.2 : พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายกลุ่ม)	2	-
รวมทั้งหมด	6,852	3,450

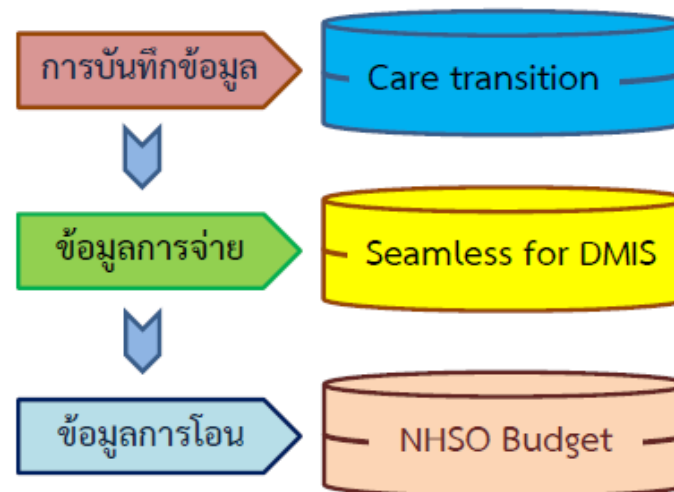
สัดส่วนบริการฟื้นฟูฯ จำแนกกิจกรรม





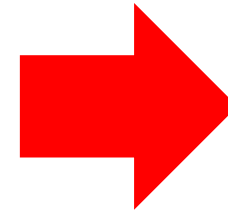
ระบบสารสนเทศการให้บริการฟื้นฟู

สมรรถภาพ



วันที่รับบริการ	ลำดับที่	รายการประเภทที่ขอเบิก	เรียกเก็บ				ลำช้า (PS)		มูลค่า
			จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคาเหมาจ่าย	รวมเงินที่ขอ	PC CODE	%	
14/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	เรียงลำดับจาก ก ถึง ข		0.00	300.00	0		150.00
17/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	เรียงลำดับจาก ข ถึง ก		0.00	300.00	0		150.00
17/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	เรียงลำดับตามสี		0.00	300.00	0		150.00
24/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	ล้างตัวกรองออกจาก "(คอลัมน์ M)"		0.00	300.00	0		150.00
16/06/2021	1	กายภาพบำบัด_IMC	กรองตามสี		0.00	150.00	0		150.00
24/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	ตัวกรองข้อความ		0.00	300.00	0		150.00
24/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	ค้นหา		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	<input checked="" type="checkbox"/> (เลือกทั้งหมด)		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	<input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	<input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด_IMC		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	<input checked="" type="checkbox"/> จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	<input checked="" type="checkbox"/> พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)		0.00	300.00	0		150.00
08/06/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)			0.00	300.00	0		150.00
08/06/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)			0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)			0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)			0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)			0.00	300.00	0		150.00

การบริหารงบประมาณแผ่นดินไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



2566




5.แพทย์แผนไทย

19.16

0.16

0.8%

<http://op.nhso.go.th/op64/transferop/OpUploadMainAction.do>



OP/PP Individual Records


ระบบข้อมูลผู้เรียนออกและตั้งเสริมโรงเรียนในเครือข่ายบุคคล

2564

หน่วยงานหลัก ชำว ดาวนินเอด เบินบอร์ดี ค่ายาพาทักบอย คัดต่อเรา

วันที่ 25 มกราคม 2565 เวลา 21:58:42

เวอร์ชัน 2.1.0.64.20201203.1


รายงานการส่งข้อมูล

บันทึกข้อมูล

ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

รพ.เดชอุดม
 ประจำปีเดือน ตุลาคม ปี 2564
 วันที่ประมวลผล 25 มกราคม 2565

เดือน ตุลาคม ปี 2564 แสดงข้อมูล

วันที่ปาส่งข้อมูล
 21/10/2564 09:24

REP
 6400024

ชื่อไฟล์
 F43_11443_20210901152712.ZIP

ประเภทไฟล์
 แฟ้มข้อมูล

สถานะข้อมูล
 ประมวลผลข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ประเภทการส่ง
 ส่งผ่านหน้า WEB

ผู้ส่งข้อมูล
 OP-11443 รพ.เดชอุดม ตาว(ปิยะทัศน์)

วันที่ปาส่งข้อมูล
 21/10/2564 09:30

REP
 6400025

ชื่อไฟล์
 F43_11443_20211001083854.ZIP

ประเภทไฟล์
 แฟ้มข้อมูล

สถานะข้อมูล
 ประมวลผลข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ประเภทการส่ง
 ส่งผ่านหน้า WEB

ผู้ส่งข้อมูล
 OP-11443 รพ.เดชอุดม ตาว(ปิยะทัศน์)

รวมรายการ
 2

ⓘ สามารถดูรายละเอียดไฟล์ได้ ⓘ สามารถดูรายละเอียดไฟล์โดยไม่ถูกดลึงได้ ⓘ ยังไม่สามารถดูรายละเอียดไฟล์ได้

บันทึกข้อมูล
 ชื่อ: ที่กำลังพิมพ์ ชื่อระบบ: เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน [H]
 งาน [H]
 หมายเลขงาน: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช [11443] Logout

เมนู
 ⓘ ข้อมูลผลการตรวจสอบ

รายงาน
 ⓘ รายงานการส่งข้อมูล
 ⓘ รายงานการส่งข้อมูล
 ⓘ รายงานการส่งข้อมูล

<p>ใหม่ ปี2566</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ■ จ่ายลดเซย 1 ครั้ง ตามผลงานบริการ 1 มีย 65 –31 พ.ค. 66 ตัดข้อมูล 30 มีย 66 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ รายงานจำนวนหน่วยบริการส่งข้อมูล ➡ รายงานคุณภาพการส่งข้อมูล ➡ รายงาน Warning code ➡ รายงานข้อมูลตามรับที่รับบริการ
<p>คงเดิม</p>	
<p>รายการ 1-5 คงเดิม เพิ่ม</p> <p>6. ปรับเงื่อนไขการจ่ายยาสมุนไพร (นอกเหนือจาก 9 รายการ) 25 Point /รายการ</p> <p>โดยจ่ายจากเหมาจ่ายใบสั่งยา 1 ใบ เป็นจ่ายตามรายการยา</p>	
<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย</p>	
<p>ภูมิภาค ใช้ 43 แพ้ม</p> <p>กทม.ใช้ e-Claim หรือโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด</p>	

รายการบริการ (Fee Schedule) (ต่อครั้ง)	อัตรา ค่าใช้จ่าย (Point)	คิดเป็น Point นำไปคิดผลงานรวมกับ นวด อบ ประคบ จ่ายยา แล้วหารยอดเงินที่ได้ไว้ เจือปน
<p>5. การฟื้นฟูสมรรถภาพ มารดาหลังคลอดตามแนวเวช ปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p style="color: red;">ไม่ใช่ บาท แล้วนะจ๊ะ</p>	500	<ol style="list-style-type: none"> ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิ UC สิทธิ เป็นรายครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้ง (1 CID-UC นับไม่เกิน 5 ครั้ง) บันทึกรหัสโรคตาม ICD-10/ICD-10Thaimed และรหัสหัตถการทางการแพทย์แผนไทยครบ 5 กิจกรรม/ครั้ง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการพันหม้อเกลือที่หัวร่างกาย (9007712), การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หัวร่างกาย (9007713), การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หัวร่างกาย (9007714), การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่หัวร่างกาย (9007716), การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่หัวร่างกาย (9007730) รวมไม่เกิน 5 ครั้ง/3 เดือน การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ภายในเวลา 3 เดือนหลังคลอด ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง

รายการบริการ (Fee Schedule) (ต่อครั้ง)	อัตราค่าใช้จ่าย (Point)	เงื่อนไข
1. บริการนัด	200	1. ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิ UC
2. บริการประคบ	150	2. บันทึกการนัดโรคตาม ICD-10/ICD-10 Thaimed และรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย
3. บริการนัดและประคบ	250	3. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง
4. บริการอบสมุนไพร	120	หมายเหตุ - บริการนัด/ประคบ/นัดและประคบ ภายในวันเดียวกัน ให้เบิกได้เพียงรายการบริการใดบริการหนึ่งต่อหน่วยบริการเท่านั้น

รายการบริการ (Fee Schedule)	อัตราค่าใช้จ่าย (Point)	เงื่อนไข
6. การใช้จ่ายจากสมุนไพรรใน บัญชียาหลักแห่งชาติ	25	1. ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิ UC 2. บันทึกรหัสโรคตาม ICD-10/ICD-10Thaimed และการสั่ง การใช้จ่ายสมุนไพรรในบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่กรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด 3. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง/ใบสั่งยา

0.87 บาทต่อผู้มีสิทธิ
บริการรักษาทาง
การแพทย์

กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกมี THC 2.0 mg/ml

กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด

การใช้น้ำมันสารสกัดกัญชา



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์/ แพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผู้ทำหน้าที่สั่งจ่ายยา
- ✓ แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมการใช้น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอดเฒ่า)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ผู้ป่วยโรคไมเกรน
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ขนาด (ML)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการจ่ายยา (ขวด/คน/เดือน)
10	172	1 - 2



หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีแพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้ทำหน้าที่สั่งจ่ายยา
- ✓ แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมแนวทางการใช้น้ำมันกัญชาทั้ง 5

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ผู้ป่วยโรคไมเกรน

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ขนาด (ML)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการจ่ายยา (ขวด/คน/เดือน)
5	150	2 - 4

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษา
ยากในเด็ก
ผู้ป่วยมะเร็งในระยะ
ท้าย

หน่วยบริการ

- ✓ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมทั้งได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา
- ✓ กรณีการใช้น้ำมันกัญชาที่รักษาโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ชนิดยา	ขนาด (ml)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการจ่ายยา (ขวด/คน/เดือน)	หมายเหตุ
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC ไม่เกิน 0.5 mg/drop	5 ml	500	2	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC และ CBD 1:1	5 ml	900	2	
▪ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1	10 ml	2,000	6	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก
	30 ml	6,000	2	



การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการแพทย์แผนไทย (นวด อบ ประคบ ฟันฟุ มารดาหลังคลอด ยาสมุนไพรอื่น ๆ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย โดยเป็นผลงานบริการตั้งแต่เดือน ต.ค. 64 – พ.ค. 65 แบ่งจ่าย 2 งวด คือ งวดที่ 1 ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ต.ค.64 – ม.ค.65 ตัดข้อมูล ก.พ.65 งวดที่ 2 ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ก.พ.65 – พ.ค. 65 ตัดข้อมูล มิ.ย 65	<ul style="list-style-type: none"> ■ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ■ จ่ายชดเชย 1 ครั้ง ตามผลงานบริการ 1 มิ.ย 65 – 31 พ.ค. 66 ตัดข้อมูล 30 มิ.ย 66
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตรา	1. บริการนวด 200 Point 2. บริการประคบ 150 Point 3. บริการนวดและประคบ 250 Point 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point 5. การฟันฟุสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point 6. ยาสมุนไพร 25 Point /ใบสั่งยา	รายการ 1-5 คงเดิม เพิ่ม 6. ปรับเงื่อนไขการจ่ายยาสมุนไพร (นอกเหนือจาก 9 รายการ) 25 Point /รายการ โดยจ่ายจากเหมาจ่ายใบสั่งยา 1 ใบ เป็นจ่ายตามรายการยา
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย
	โปรแกรม	43 แพ้ม , OPBKK Claim , e-Claim	ภูมิภาค ใช้ 43 แพ้ม กทม.ใช้ e-Claim หรือโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ใหม่ ปี2566
สมุนไพรรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (9 รายการ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข : จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ภายใต้วงเงินที่กำหนด ผู้มีสิทธิ : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย โปรแกรม : ภูมิภาคและกทม.ใช้ e-Claim

รายการยา	รูปแบบ หรือ หน่วย	ขนาด	ชดเชยอัตรา (point/หน่วย)
1. ฟิอะลาลยโจร	แคปซูล	500 mg	0.85
2. ชมันซัน	แคปซูล	500 mg	0.79
3. ประสะมะแว้ง	ยาลูกกลอน	200 mg	5.28
4. ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม	ยาน้ำ	120 ml	27.90
5. ยาไหล	ยาครีม (ตลับ)	30 g	40.77
6. เถาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93
7. ยาประคบ	ลูกประคบ	200 g	62.76
8. ยาธาตุนอบเซย	ยาน้ำ	120 ml	16.29
9. ยาห้สธารา	แคปซูล	500 mg	1.16

หมายเหตุ : ยาประคบ ชดเชยเฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน ไม่ใช้กรณีรับบริการประคบในหน่วยบริการ

รายการยา	รูปแบบหรือหน่วย	ขนาด	ชดเชยอัตรา point/หน่วย	เบิกได้ไม่เกิน point/ครั้ง	เบิกได้ไม่เกิน หน่วย/ครั้ง
1.ฟิอะลาลยโจร	แคปซูล	500 mg	0.85	142.80 P	168 แคปซูล
2.ชมันซัน	แคปซูล	500 mg	0.79	44.24 P	56 แคปซูล
3.ประสะมะแว้ง	ยาลูกกลอน	200 mg	5.28	258.72 P	49 ลูกกลอน
4.ยาแก้ไอมะขามป้อม	ขวด	120 ml	27.90	195.30 P	7 ขวด
5.ยาไหล	ยาครีม(หลอด)	30 g	40.77	40.77 P	1 หลอด
6.เถาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93	58.59 P	63 แคปซูล
7.ยาประคบ *เฉพาะจ่ายให้ผู้ป่วยไปใช้เองที่บ้าน	ลูกประคบ	200 g	62.76	188.28 P	3 ลูก
8.ยาธาตุนอบเซย	ขวด	120 ml	16.29	84.00 P	5.15 ขวด
9.ยาห้สธารา	แคปซูล	500 mg	1.16	73.08 P	63 แคปซูล

F1

สิทธิ UC เท่านั้น เพราะเป็นงบ OP UC

สิทธิอื่นๆเบิกจ่ายตามสิทธิ

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

วันที่เข้ารับบริการ *

10/03/2566

เวลา *

12:35

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) *

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN)

ประเภทบัตร *

1 บัตรประชาชน

หมายเลขบัตร *

หมายเลขบัตร

ตรวจสอบสิทธิ

คำนำหน้า *

1 ต.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

☒ ไขสิทธิ ☐ ไม่ไขสิทธิ

สิทธิประโยชน์

UCS สิทธิ UC

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

โครงการพิเศษ

โครงการพิเศษ

F2

สำหรับ รพสต. U ไม่ลงก็ไม่ติด C

- 1.การวินิจฉัย **U** M R K ให้สอดคล้องกับการให้ยา
- 2.ผู้รักษา แพทย์แผนไทย หรือ แพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

วินิจฉัยโรคหลัก

เพิ่มข้อความเพื่อค้นหา

U651	ทันตะบุผา
U6531	ทอนซิลอักเสบ
U6620	ทักษิณะคุณะมะ
U6680	ท้องอืด
U6980	ท้องเดิน หรือ ท้องเสีย
U6984	ท้องผูก
U6985	ท้องผูกเป็นพรรตึก

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

k59

K59	Other functional intestinal disorders
K590	Constipation
K591	Functional diarrhoea
K592	Neurogenic bowel, not elsewhere classified
K593	Megacolon, not elsewhere classified
K594	Anal spasm
K595	Anal sphincter relaxation (TM)

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

R14

R14 Flatulence and related conditions

รหัสแพทย์ผู้รักษา

รหัสแผนกที่รับบริการ

ชื่อแผนกที่รับบริการ

รหัสแผนกที่รับบริการ XX

ชื่อแผนกที่รับบริการ

F4/F5/F6 ไม่มีเพราะไม่ใช้งาน CR หรือ PP



F7

สิทธิ UC หมวด 19 บริการอื่นๆที่ไม่จัดหมวดเบิกได้ไม่เกิน ด้วยนะ
สิทธิอื่นๆ หมวด 4 ยาที่นำไปใช้ที่บ้าน

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

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	รายการ
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ไปผ่าตัดรักษา	รายการ
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ
4	ยาที่นำไปใช้ที่บ้าน	รายการ
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	รายการ
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	รายการ
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	รายการ
8	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา.	รายการ
9	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ.	
10	อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	
11	ทำหัตถการและบริการวิสัญญี.	
12	ค่าบริการทางการแพทย์ยามาล.	
13	บริการทางทันตกรรม	
14	บริการทางการแพทย์บำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู	
15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

รหัสรายการ

HERB1 1. ฟิฟะลายโจร

HERB2 2. ชมันัน

HERB3 3. ประสะมะแว้ง

HERB4 4. ยาแก้อิโอมะขามป้อม

HERB5 5. ยาไหล

HERB6 6. เถาวัลย์เปรียง

HERB7 7. ยาประคบ เฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้านเท่านั้น

HERB8 8. ยาธาตุน้ำ

รายการยา	รูปแบบหรือหน่วย	ขนาด	ชดเชยอัตรา point/หน่วย	เบิกได้ไม่เกิน point/ครั้ง	เบิกได้ไม่เกิน หน่วย/ครั้ง
1.ฟิฟะลายโจร	แคปซูล	500 mg	0.85	142.80 P	168 แคปซูล
2.ชมันัน	แคปซูล	500 mg	0.79	44.24 P	56 แคปซูล
3.ประสะมะแว้ง	ยาลูกกลอน	200 mg	5.28	258.72 P	49 ลูกกลอน
4.ยาแก้อิโอมะขามป้อม	ขวด	120 ml	27.90	195.30 P	7 ขวด
5.ยาไหล	ยาครีม(หลอด)	30 g	40.77	40.77 P	1 หลอด
6.เถาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93	58.59 P	63 แคปซูล
7.ยาประคบ *เฉพาะจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน	ลูกประคบ	200 g	62.76	188.28 P	3 ลูก
8.ยาธาตุน้ำ	ขวด	120 ml	16.29	84.00 P	5.15 ขวด
9.ยาสหัสธารา	แคปซูล	500 mg	1.16	73.08 P	63 แคปซูล

รหัสเบิก และการกำหนดค่าในการนำข้อมูล 16 แฟ้ม

16 แฟ้ม	TYPE	CODE	CODE_NAME
ADP	TYPE= 3	HERB1	1. ฟ้าทะลายโจร
ADP	TYPE= 3	HERB2	2. ขมิ้นชัน
ADP	TYPE= 3	HERB3	3. ประสะมะแว้ง
ADP	TYPE= 3	HERB4	4. ยาแก้ไอมะขามป้อม
ADP	TYPE= 3	HERB5	5. ยาโพล
ADP	TYPE= 3	HERB6	6. เถาวัลย์เปรียง
ADP	TYPE= 3	HERB7	7. ยาประคบ เฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้านเท่านั้น
ADP	TYPE= 3	HERB8	8. ยาธาตุบดยา
ADP	TYPE= 3	HERB9	9. ยาสหัสธารา

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

รหัสรายการ

HERB1 1. ฟ้าทะลายโจร

HERB2 2. ขมิ้นชัน

HERB3 3. ประสะมะแว้ง

HERB4 4. ยาแก้ไอมะขามป้อม

HERB5 5. ยาโพล

HERB6 6.เถาวัลย์เปรียง

HERB7 7.ยาประคบ เฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้านเท่านั้น

HERB8 8. ยาธาตุบดยา

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ใหม่_ปี2566
ยาสมุนไพรที่มี ส่วนผสมของกัญชา	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข : จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)</p> <p>ผู้มีสิทธิ : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และมีการใช้ยาสมุนไพร</p> <p>หน่วยบริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา 2</p> <p>โปรแกรม : โปรแกรมระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา</p>

ตำรับยา	ขนาด	อัตราจ่าย (บาท)	ปริมาณการใช้ยา (คน/เดือน)	กลุ่มเป้าหมาย
1. ยาแก้ลมแก้เส้น	500 มก/แคปซูล	3.5 บาท/แคปซูล	120 แคปซูล/คน/เดือน	แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อ ที่มีอาการมือเท้าชา
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	13บาท/ซอง	30 ซอง/คน/เดือน	
2. ยาสุขไสยาสน์	500 มก/แคปซูล	3.5 บาท/แคปซูล	120 แคปซูล/คน/เดือน	แก้อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	11 บาท/ซอง	30 ซอง/คน/เดือน	
3. ยาทำลายพระสุเมรุ	500 มก/แคปซูล	2.25 บาท/แคปซูล	240 แคปซูล/คน/เดือน	แก้ลมเปลี่ยนตัว ฟันฟูอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคลมอัม พฤกษ์อัมพาต
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	8 บาท/ซอง	60 ซอง/คน/เดือน	



ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการใช้น้ำมันกัญชา



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
National Health Security Office (NHSO)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

DMIS REP

ชื่อผู้ใช้งาน : พิทักษ์ชัย จิตรมโน
ออกจากระบบ

REP - รายงาน REP แบบ SUMMARY

โครงการ : ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้น้ำมันกัญชา

เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

จังหวัด : อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : 11443 - รพ.เดชอุดม -

รอบ : 2566

ทั้งหมด

ค้นหา

ออกรายงาน

ล้างข้อมูล

รายละเอียด โครงการ : ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้น้ำมันกัญชา รอบ : 2566/— ทั้งหมด —

(1 - 6 of 6) 1 20

Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วย บริการ	ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
								เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
								รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
					DCNB6613090013	DCNB66092500007	25/09/2566	8	2,064.00	8	2,064.00	0	0.00
					DCNB6611080011,DCN...	DCNB66083100006	31/08/2566	11	2,736.00	9	2,736.00	2	0.00
					DCNB6610070010	DCNB66073100005	31/07/2566	5	1,204.00	4	1,204.00	1	0.00
					DCNB6608060008	DCNB66063000004	30/06/2566	2	500.00	1	500.00	1	0.00
					DCNB6606040006	DCNB66043000003	30/04/2566	4	860.00	3	860.00	1	0.00
					DCNB6603010003	DCNB66013100002	31/01/2566	1	1,000.00	1	1,000.00	0	0.00

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.9 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<p>ขอบเขตบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>การให้คำปรึกษา</u>ทางการแพทย์เกี่ยวกับสารพิษ,ยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงู แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป 2) <u>การให้ข้อมูลการรักษา</u>ด้วยยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงูแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ 3) <u>การติดตามการรักษา</u>และประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านพิษ และเซรุ่มป้องกันพิษงูจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา และประชาชนผู้ได้รับการรักษา
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช
	อัตราจ่าย	-	500 บาทต่อราย
	โปรแกรม	-	e-Claim

กรณีบริการโรคเฉพาะๆ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. การดูแลรักษาโรค ค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายรายเดือน เป็นเงินหรือเป็นยาตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย	เพิ่มการจ่ายกรณีโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์
	ผู้มีสิทธิ	UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) เหมาจ่ายเป็นเงินตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย 2) จ่ายเป็นยา Factor VIII ให้สภากาชาดไทย โดยจ่ายผ่านระบบ VMI	จ่ายเป็นเงิน ค่าแฟคเตอร์ 250 IU อัตรา 2,460 บาท ค่าแฟคเตอร์ 500 IU อัตรา 4,920 บาท และกำหนดอัตราการใช้แฟคเตอร์ตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.2 บริการ จัดส่งยาและ เวชภัณฑ์ไปบ้าน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยบริการ มีอาการคงที่และ ควบคุมโรคได้ดี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาทต่อครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

DRUGP จัดส่งยาทางไปรษณีย์

หน่วย

ราคากลาง

จำนวน *

พึงเบิกได้

ขอเบิก *

ส่วนเกิน

ชุด

50.00

0

0.00

0.00

0.00

เพิ่มรายการ

ล้างข้อมูล

รหัสรายการ

หน่วย

ราคากลาง

จำนวน

พึงเบิกได้

ขอเบิก

ส่วนเกิน

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง			
บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.3 ค่าบริการ Telehealth	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยบริการ มีอาการคงที่และควบคุมโรคได้ดี	-
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช.ได้	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตรา 30 บาทต่อครั้ง	ปรับอัตราจ่าย 50 บาทต่อครั้ง
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการสำหรับค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

- ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยมีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) ที่ระบุ “มีการบริการการแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)”
- สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบในการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ
- มีแพทย์พร้อมให้บริการโดยไม่กระทบกับการให้บริการหลัก และมีระยะเวลาในการให้บริการ ๑๐-๑๕ นาทีต่อครั้ง
- สามารถจัดส่งยาถึงผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการ

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าบริการ
สาธารณสุขสำหรับค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

- เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ กรณีบริการสาธารณสุขระบบทางไกล ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้
 - เอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัยหรือให้คำปรึกษา
 - เอกสารหลักฐานการส่งจ่ายยาและเวชภัณฑ์
 - เอกสารหลักฐานการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์
- เกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ดังนี้
 - ขอบเขตการให้บริการเป็นตามกลุ่มโรคที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้
 - ตรวจสอบพบการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ
 - ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย และให้คำปรึกษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง
 - ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา และการส่งและเวชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง
 - ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา การส่งและเวชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง
 - ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการส่งจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคโควิด ๑๙ ได้แก่ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) และยาโมลนูพิราเวียร์ (Molnupiravir) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าให้จ่าย

- ၆ -

Diagnosis Code	Diagnosis Name English	Diagnosis Name Thai
M15	Polyarthrosis	ข้อเสื่อมหลายข้อ
B30	Viral conjunctivitis	ตาแดงจากไวรัส
B30.9	Viral conjunctivitis, unspecified	ตาแดงจากไวรัส ที่มีได้มีรหัสระบุรายละเอียด
M15.0	Primary generalized (osteo) arthrosis	ข้อเสื่อมโดยทั่วไปปฐมภูมิ
L03	Cellulitis	เนื้อเยื่ออักเสบ
R42	Dizziness and giddiness	วิงเวียน มึน
R51	Headache	ปวดศีรษะ
A05.9	Acute sinusitis, unspecified	อาหารเป็นพิษจากเชื้อแบคทีเรียอื่น
A09	Other gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ
R50	Fever of other and unknown origin	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ
H81	Disorders of vestibular function	ความผิดปกติของระบบการทรงตัวของหู
H00	Hordeolum and chalazion	โรคตากุ้งยิง และตุ่มอักเสบเรื้อรังที่หนังตา
H10	Conjunctivitis	การอักเสบของเยื่อปุดตา
B34.9	Viral infection, unspecified	การติดเชื้อไวรัส ที่มีได้มีรหัสระบุรายละเอียด
M62.6	Muscle strain	กล้ามเนื้อเคล็ด
B34	Viral infection of unspecified site	การติดเชื้อไวรัสไม่ระบุตำแหน่งที่เป็น
M13.1	Monoarthritis, not elsewhere classified	ข้ออักเสบข้อเดียว ที่มีได้มีรหัสระบุรายละเอียด
J00	Acute nasopharyngitis (common cold)	เยื่อจมูกและลำคออักเสบเฉียบพลัน(หวัดธรรมดา)
R50.9	Fever, unspecified	ไข้ ไม่ระบุชนิด
H81.1	Benign paroxysmal vertigo	เวียนศีรษะบ้านหมุนเฉียบพลัน แบบไม่รุนแรง
K30	Functional Dyspepsia	ปวดท้องช่วงบน

J06	Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites	การติดเชื้อทางเดินหายใจในส่วนบนแบบเฉียบพลันหลายแห่งพร้อมกัน
L50	Urticaria	ลมพิษ
R10	Abdominal and pelvic pain	ปวดท้อง และปวดอุ้งเชิงกราน
H10.3	Acute conjunctivitis, unspecified	เยื่อตาอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
L50.9	Urticaria, unspecified	ลมพิษ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M54.5	Lumbago with sciatica	ปวดหลังส่วนล่าง
J02	Acute pharyngitis	คออักเสบเฉียบพลัน
J03	Acute tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
J02.9	Acute pharyngitis, unspecified	คออักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J06.9	Acute upper respiratory infection, unspecified	การติดเชื้อทางเดินหายใจในส่วนบนแบบเฉียบพลัน
K29.7	Gastritis, unspecified	กระเพาะอาหารอักเสบ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
R10.4	Other and unspecified abdominal pain	อาการปวดท้องอื่นๆ และอาการปวดท้องที่ไม่ระบุ
M13.0	Polyarthritis, unspecified	ข้ออักเสบหลายข้อ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J03.9	Acute tonsillitis, unspecified	ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J30.4	Allergic rhinitis, unspecified	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M79.1	Myalgia	ปวดกล้ามเนื้อ
J30	Vasomotor and allergic rhinitis	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้หรือการเปลี่ยนอากาศ
M13	Other arthritis	ข้ออักเสบแบบอื่น
J01	Acute sinusitis	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน
J01.9	Acute sinusitis, unspecified	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
U07.1	2019 nCoV virus disease	โควิด 19
U07.2		

บริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

โปรแกรม

STEMI2 ยา Alteplase

STEMI3 ขาดตลาดส้มเลือดหัวใจ (STEMI, Tenecteplase(TNK-TPA))

STROK1 (ปี 53) ยา Alteplase

TELMED Telehealth / Telemedicine

TR001 FISH

TR002 DISH

TR003 คัดตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) สำหรับยา Erlotinib

XXX19 บริการอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด ส่วนที่เบิกไม่ได้

หลักเกณฑ์	ปีงบประมาณ 2566
เงื่อนไข	ผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนและมีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยให้ผู้ป่วยที่บ้าน
อัตราการจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

ข้อมูลบริการTelehealth

แยกรายเขต

เขต	จำนวน(ครั้ง)	จำนวน(คน)	งบประมาณ(บาท)
เขต 13 กรุงเทพฯ	109,518	95,656	3,565,120
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	56,085	52,783	1,902,670
เขต 8 อุตรธานี	29,605	28,426	1,395,450
เขต 5 ราชบุรี	23,113	22,879	944,430
เขต 2 พิษณุโลก	12,025	11,848	484,910
เขต 9 นครราชสีมา	13,154	13,129	435,760
เขต 6 ระยอง	10,564	10,098	344,420
เขต 12 สงขลา	4,827	4,696	241,350
เขต 7 ขอนแก่น	4,103	3,781	199,670
เขต 1 เชียงใหม่	2,983	2,932	148,710
เขต 10 อุบลราชธานี	1,228	1,860	93,000
เขต 3 นครสวรรค์	1,320	1,309	66,000
เขต 4 สระบุรี	532	529	19,900
ประเทศ	269,057	249,926.00	9,841,390.00



หลักเกณฑ์	ปีงบประมาณ 2566
เงื่อนไข	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่าในหน่วยบริการที่มีอาการคงที่และควบคุมโรคได้ดี
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับ ข้อมูลของ สปสช.ได้
อัตราการจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

ข้อมูลบริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์

แยกรายเขต

เขต	จำนวน(ครั้ง)	จำนวน(คน)	งบประมาณ(บาท)
เขต 1 เชียงใหม่	334,149	323,788	16,707,855
เขต 9 นครราชสีมา	197,707	193,111	9,884,625
เขต 5 ราชบุรี	164,857	163,791	8,241,638
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	156,462	149,753	7,822,590
เขต 6 ระยอง	151,754	148,702	7,583,201
เขต 13 กรุงเทพฯ	134,370	123,176	6,732,985
เขต 7 ขอนแก่น	112,794	110,217	5,636,261
เขต 8 อุตรดิตถ์	92,570	91,397	4,628,150
เขต 2 พิษณุโลก	85,732	84,235	4,286,266
เขต 3 นครสวรรค์	77,743	76,822	3,886,386
เขต 12 สงขลา	73,908	71,855	3,695,101
เขต 4 สระบุรี	69,129	68,076	3,453,025
เขต 10 อุบลราชธานี	49,408	49,062	2,466,980
ประเทศ	1,700,583	1,653,985.00	85,025,062.51

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

×

รหัสรายการ *

DRUG จัดส่งยาทางไปรษณีย์

▼

หน่วย

ราคากลาง

จำนวน *

พึงเบิกได้

ขอเบิก *

ส่วนเกิน

ชุด

50.00

0

0.00

0.00

0.00

เพิ่มรายการ

ล้างข้อมูล

รายการบริการ PPFS ตามประกาศ(ฉบับที่ 2

รายการบริการ

1. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
2. การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี
3. บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (**HIV self-screening Test**)

รหัสเบิก

กรณีบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก

16 เพิ่ม	TYPE	CODE	CODE_NAME	หมวด
ADP	TYPE= 2	9220	ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดรากฟันเทียมทั้งปาก	หมวด 2
ADP	TYPE= 3	DENSUR	ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม	หมวด 19
ADP	TYPE= 3	DENFU1	ค่าติดตามการรักษา ปีที่ 1	หมวด 19
ADP	TYPE= 3	DENFU2	ค่าติดตามการรักษา ปีที่ 2-5	หมวด 19

รหัสอุปกรณ์ *

9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก

รหัสรายการ *

DENSUR ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

ชนิดการผ่าตัด

ชนิดการผ่าตัด

หน่วย

ครั้งต่อราย

ราคากลาง

17,500.00

หน่วย

ราคากลาง

ชุดละ

3,000.00

DENFU1 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 1

หน่วย

ราคากลาง

ครั้งต่อราย

700.00

DENFU2 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 2-5

หน่วย

ราคากลาง

ครั้งต่อปี

2,800.00

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

๖ กลับ

บันทึก

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัด/หัตถการ(F3)

ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

มะเร็ง(F5)

บริการเฉพาะ(F6)

ค่ารักษาพยาบาล(F7)

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

Z458

Adjustment and management of other implanted devices

รหัสแพทย์ผู้รักษา

ว.XXXXX

นายแพทย์

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง

รหัสแผนกที่รับบริการ

011

ชื่อแผนกที่รับบริการ

ทันตกรรม

การผ่าตัด/หัตถการ(F3)

ค่าใช้จ่ายสูง(F4)

มะเร็ง(F5)

บริการเฉพาะ(F6)

ค่ารักษาพยาบาล(F7)

รหัส

ผ่าตัด/หัตถการ

236

Prosthet dental implant

OP-ทั่วไป : การคำนวณอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,344.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ)



อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวระดับจังหวัด = **A** + **B**

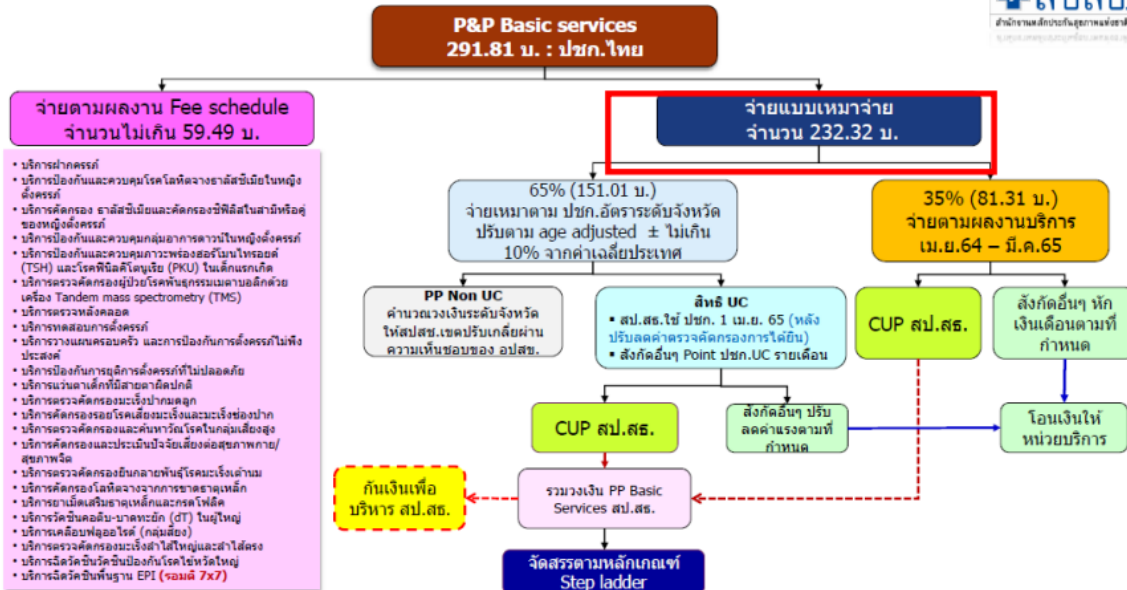
A 80% (1,075.52 บาทต่อผู้มีสิทธิ)
adjusted ระดับจังหวัด โดย \pm ไม่เกิน 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

B 20% (268.88 บาทต่อผู้มีสิทธิ.)
ใช้อัตราเท่ากันทุกจังหวัด [B]

- จำนวนเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
- Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ)
[คำนวณรายจังหวัด]
- บาทต่อ age point = จำนวนเงินรวม ÷ ผลรวม age point
- อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ \pm 10% = (age point * บาทต่อ age point) ÷ UC pop)
[คำนวณรายจังหวัด]
- อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ \pm 10% [A] = ปรับค่าต่อหัวขึ้นต่ำให้ไม่น้อยกว่า -10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนเงินรวม [จะมีบางจังหวัดได้เท่ากับ 4]

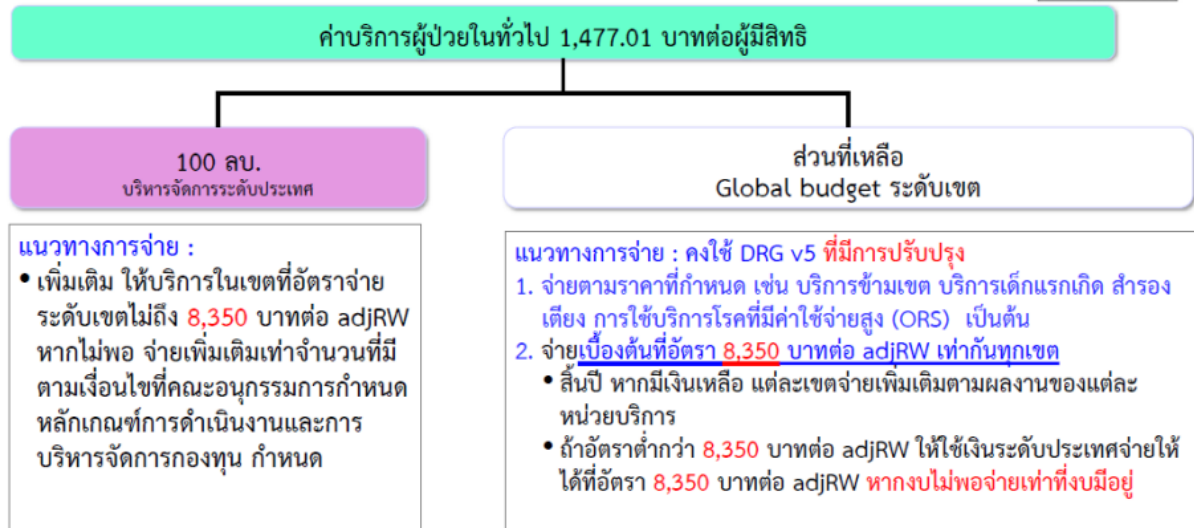
OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< 3	3 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
บริการผู้ป่วยนอก	0.4624	0.4624	0.4624	0.4624	0.4624	0.4624	0.4624	0.4624

กรอบการบริหารจัดการงบบริการ PP Basic services ปี 66



งบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการ (OP PP IP)

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2566



การตรวจสอบลูกหนี้ กองทุนย่อย

1	ออกรายงานวันที่ 13/09/2566 เวลา 22:51					รายงานการรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการ สำหรับ Invoice eclaim_11443_OP_25660811_114553000.ecd										เลขที่เอกสาร eclaim_11443_OP_25660811	
2	กองทุนเขต 10 เขต 10 อุดรธาธานี																
3																	
4	จังหวัด 3400 อุดรธาธานี															โรงพยาบาล 11443 รพ.เดชอุดม	
5																	
6	REP No.	ลำดับที่	TRAN_ID	HN	AN	PID	ชื่อ-สกุล	ประเภทผู้ป่วย	วันเข้ารักษา	วันจำหน่าย	ชดเชยสุทธิ		ชดเชยจาก	กองทุนหลัก	กองทุนย่อย		
7											สปสช.	ต้นสังกัด					
8	660800119	1	428391844	000141502				OP	03/08/2023 09:49:00	-	1,750.00	819.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE,PALLIATIVE-CARE-OPIOID		
9	660800119	2	428391846	000087339				OP	09/08/2023 09:53:00	-	3,132.00	0.00	NHSO	DM12,HC16	CANCER,CANCER_DRUG_OTHER,PALLIATIVE-CARE		
10	660800119	3	428391845	000004133				OP	08/08/2023 14:51:00	-	750.00	210.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE,PALLIATIVE-CARE-OPIOID		
11	660800119	4	428391797	000200091				OP	10/08/2023	-	1,000.00	100.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE		
12	660800119	5	428391783	000399119				OP	09/08/2023	-	1,000.00	100.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE		
13	660800119	6	428391796	000141502				OP	09/08/2023	-	0.00	699.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE		
14	660800119	7	428391795	000367930				OP	09/08/2023	-	1,000.00	100.00	NHSO	DM12	PALLIATIVE-CARE		
15	660800119	8	428391794	000115888				OP	09/08/2023 08:42:00	-	125.50	0.00	NHSO	DM12,HC16	CANCER,CANCER_DRUG_OTHER,PALLIATIVE-CARE		
16																	

รายงานข้อมูลการเบิกยา										PALLIATIVE-CARE1,000	
PID	รพ. (Work Code)	TMT	รายการยา				เรียกเก็บ		ชดเชย สปสช.		
			ชื่อสามัญ	ชื่อการค้า	ประเภทยา	ชนิดยา	ราคาต่อหน่วย (2)	รวมเงินที่ขอเบิก (3)	ราคาเบิก (4)	รวมชดเชย (5) = (1)*(4)	
3340701710391	1	1510030	736949	AMITRIPTYLINE	AMITRIPTYLINE HYDRO	ED	DrugsFS	0.50	15.00	0.00	30.00
3340701710391	2	1510066	302903	SIMETHICONE	DE GAS	ED	COVID,DrugsFS,COVID,UCEP	1.00	30.00	0.00	45.00
3340701710391	3	1510196	380489	DOMPERIDONE	MORIDON	ED	DrugsFS	0.50	15.00	0.00	30.00
3340701710391	4	1510807	535752	morphine sulfate	MORPHINE SULFATE	ED	DrugsFS,COVID,OPIOID,UCEP	125.00	125.00	0.00	49.00
3340701710391	5	1510848	104539	omeprazole	MIRACID	ED	COVID,DrugsFS,UCEP,COVID	1.50	45.00	0.00	45.00
3340701710391	6	1510878	424340	morphine	RELIMAL CR 30	ED	DrugsFS,OPIOID	20.00	1,200.00	0.00	1,620.00
3340701710391	7	1510889	618356	lactulose	HEPALAC	ED	DrugsFS,COVID,UCEP	55.00	110.00	0.00	123.00
3340701710391	8	1570013	687149	SENNOSIDE	SENNOSIDE (TABLETS)	ED	DrugsFS,COVID,COVID,UCEP	1.50	90.00	0.00	90.00
										CANCER_DRUG_OTHER 2,032.00	

OP มีกี่กองทุนครับ.....?



เข้าใช้บริการที่ไหน
(OPD/
IPD/
PP)

11443 PG0060001

ขอบคุณครับ



นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี