



ผลการดำเนินงานตามบัตรประชาชน ใบเดียวรักษาได้ทุกที่

วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567

ที่มา

- เพื่อดำเนินการตามนโยบายยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรคไปสู่ “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” โดยมีหน่วยบริการทุกแห่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ ร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมดำเนินการตามนโยบาย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกรวดเร็ว เพิ่มการเข้าถึงรับบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยบริการได้รับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข อย่างรวดเร็ว ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2567 เป็นต้นมา



ประกาศ 4
จังหวัดน่าน

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

***** เป็นผู้มีสิทธิ UC , D1 (SSS คนพิการ ม. 44)**

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้
2. กรณีอุบัติเหตุจากรถต้องใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นก่อน
3. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

3

****** จังหวัดน่านรอง “บัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับบริการได้ทุกที่”
ให้บริการโดยไม่มีการเรียกเก็บเงินกับผู้รับบริการและไม่มีการทวงถามใบส่งตัว**

บริการผู้ป่วยนอก (OP)

กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1
OPAE
บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ
หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

2
OP Refer
บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

3
OP
Anywhere
การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขใน
หน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

4
CA
Anywhere
บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง 	แนวทางการดำเนินการ ใช้ตามปี 2566 ไป
ผู้มีสิทธิ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการ ครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำ การสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ 	พลาถก่อน จนกว่าจะมี การเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE (ต่อ)

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none">- จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด- อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim หรือโปรแกรมอื่นที่มีชุดมาตรฐานตามที่กำหนด	

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายการ FS จ่ายตามอัตราที่กำหนด 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $\leq 1,600$ จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $> 1,600$ จ่ายจากเงิน CR (ที่กั้นไว้ของ OP Refer) 	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim หรือโปรแกรมอื่นที่มีชุดมาตรฐานตามที่กำหนด	

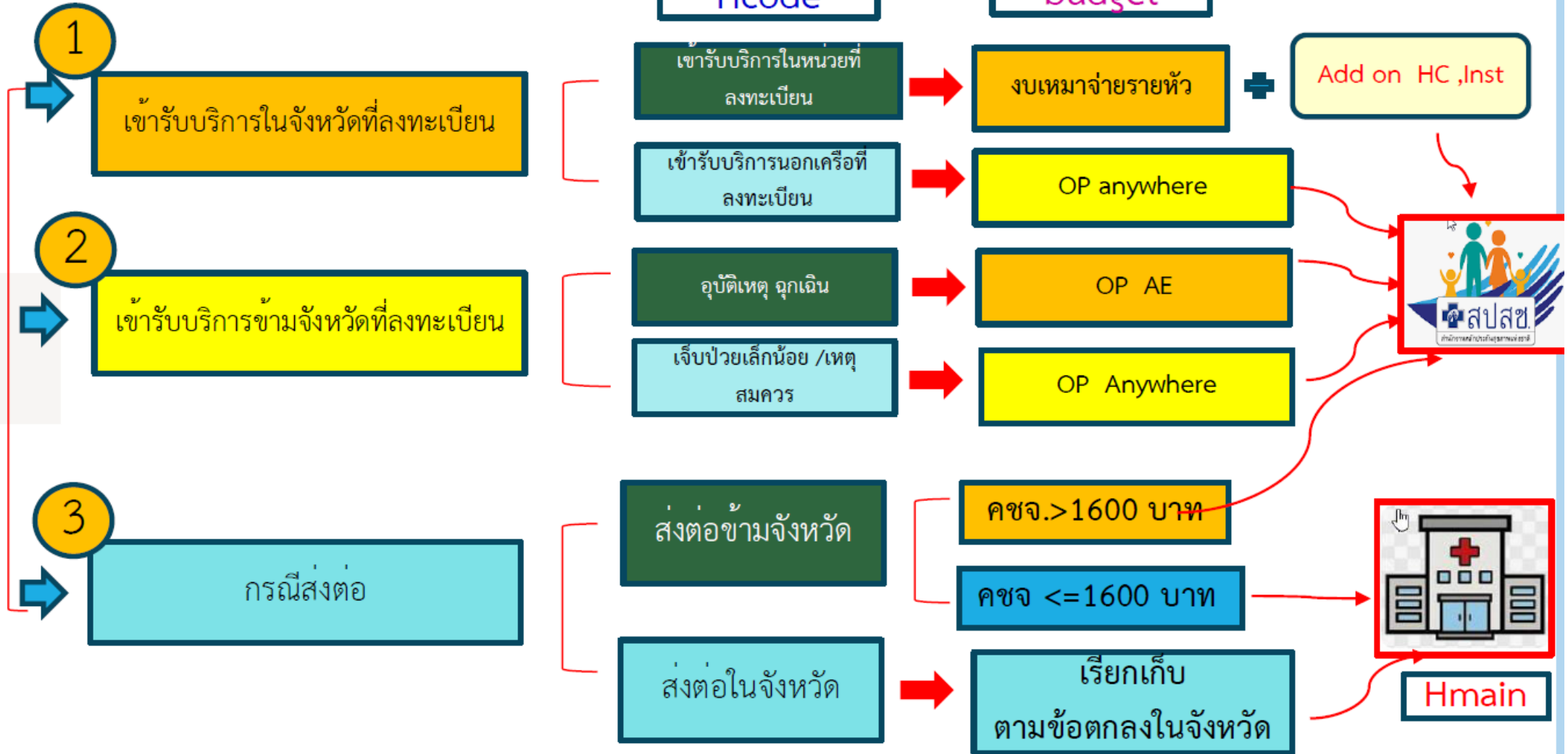
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจาก การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	
อัตราจ่าย	<p>จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ ■ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณี หน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาท ต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคา ที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ 	

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	ปี 2567	หมายเหตุ
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำ และ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย	
โปรแกรมเบิกจ่าย	e-Claim หรือโปรแกรมอื่นที่มีชุดมาตรฐานตามที่กำหนด	

Patient journey



หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ปี 2567	หมายเหตุ
<p>บริการผู้ป่วยนอกกรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง</p> <ol style="list-style-type: none">1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด2. ผู้ได้รับการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือ รังสีรักษา3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง5. ผู้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็ง ยาบัญญัติ จ.2 <p>ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย</p>	<p>แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง</p> <ul style="list-style-type: none">■ อ้างอิงแนวทางการรักษาตาม protocol ปี 2561■ รายการยามะเร็ง ตาม protocol ปี 2561

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

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

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere (ผู้ป่วยนอก)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งจ่ายยาบัญชี จ (2)

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

วิธีการเรียกเก็บ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere

ปี 2567		หมายเหตุ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	แนวทางการดำเนินการใช้ตามปี 2566 ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC <ul style="list-style-type: none"> รับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน รับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา 	
โปรแกรมเบิกจ่าย	E-claimหรือโปรแกรมอื่นตามชุดมาตรฐานที่กำหนด	
เงื่อนไขการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดให้มีการ Authentication สำหรับการรับบริการที่กำหนด รูปแบบการจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit) 	

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2566

ประเภทบริการ	เงื่อนไข
กรณี OP	เป็นการส่งต่อเฉพาะสิทธิว่าง/AE ข้ามจังหวัด
กรณี IP	เป็นการรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องในบริการประเภทผู้ป่วยใน

อัตราจ่ายตาม : ตามระยะทาง กม.ทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท
เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม 2. ผู้มีสิทธิประกันสังคมที่รับบริการคลอด กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน (กรณีรักษาทั่วไป) และ 5 เดือน (เฉพาะกรณีคลอดบุตร)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	1. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการ FS อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วย Point system with Global budget หากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับ 2. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
โปรแกรม	e-Claim

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร
และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)
โปรแกรม	e-Claim

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none">1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

ผลการดำเนินงานตามนโยบาย บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

วันที่ 7 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

เจ็บ ไข้ ใจ ปวด
ใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว
รักษาได้ทุกที่



ตั้งแต่ 7 ม.ค. 2567 เป็นต้นไป การใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท
(สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ใน 4 จังหวัด (แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี นราธิวาส)
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย สามารถใช้ "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่" ที่หน่วยบริการทุกแห่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ดูรายชื่อ
สถานพยาบาลเอกชน
หรือคลิกที่นี่

 บัตรประชาชน
ใบเดียว
รักษาทุกที่  สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  โทร. 1330
www.1330.go.th

ผลการดำเนินงานตามนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ วันที่ 7 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

หน่วยบริการ	ผู้ป่วย (คน)	จำนวน เคส	เฉลี่ย ครั้ง/ คน	ขอเบิกชดเชย	จ่ายชดเชย (บาท)	ร้อยละ	ร้อยละการเบิกจาก จำนวนทั้งหมด (70,273,382)
10708: รพ.ร้อยเอ็ด	34,251	50,453	1.5	163,855,886	51,298,548	8.89	73.00
11066: รพ.โพนทอง	8,095	10,926	1.3	12,536,559	4,485,576	0.78	6.38
11061: รพ.เกษตรวิสัย	5,714	7,432	1.3	51,025,187	2,991,522	0.52	4.26
11076: รพ.จันทาร	1,188	1,351	1.1	920,852	2,094,984	0.36	2.98
11069: รพ.เสลภูมิ	4,511	5,792	1.3	22,986,442	2,032,630	0.35	2.89
11070: รพ.สุวรรณภูมิ	1,981	2,428	1.2	4,251,338	1,524,768	0.26	2.17
11964: รพ.ทั่วไปขนาดใหญ่จุรีเวช	183	205	1.1	1,291,679	1,034,515	0.18	1.47
11065: รพ.พนมไพร	4,046	4,692	1.2	10,104,390	766,163	0.13	1.09
11071: รพ.เมืองสรวง	1,473	2,000	1.4	798,429	634,985	0.11	0.90
11064: รพ.ธวัชบุรี	1,069	1,399	1.3	828,595	633,975	0.11	0.90

หน่วยบริการ	ผู้ป่วย (คน)	จำนวนเคส	เฉลี่ย ครั้ง/คน	ขอเบิกชดเชย	จ่ายชดเชย (บาท)	ร้อยละ	ร้อยละการเบิกจากจำนวนทั้งหมด (70,273,382)
11063: รพ.จตุรพักตรพิมาน	3,312	3,967	1.2	2,460,044	623,528	0.11	0.89
11073: รพ.อาจสามารถ	1,089	1,319	1.2	2,439,186	389,476	0.07	0.55
27988: รพ.ทุ่งเขาหลวง	1,349	1,664	1.2	66,699,234	279,520	0.05	0.40
11068: รพ.หนองพอก	638	761	1.2	323,679	263,869	0.05	0.38
11075: รพ.ศรีสมเด็จ	904	1,198	1.3	8,838,593	252,767	0.04	0.36
11062: รพ.ปทุมรัตน์	4,198	6,015	1.4	105,232,209	248,374	0.04	0.35
11074: รพ.เมยวดี	812	937	1.2	1,173,666	233,846	0.04	0.33
27990: รพ.หนองฮี	2,948	4,784	1.6	53,285,478	168,671	0.03	0.24
11072: รพ.โพนทราย	1,954	2,376	1.2	67,464,256	148,723	0.03	0.21
27989: รพ.เชียงขวัญ	163	210	1.3	602,107	57,670	0.01	0.08
11504: รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช	224	282	1.3	99,404	55,047	0.01	0.08
11067: รพ.โพธิ์ชัย	117	143	1.2	53,793	54,225	0.01	0.08
รวมทั้งหมด	77,141	110,334	1.4	577,271,005	70,273,382	12.17	100

ข้อมูลวันที่ 7 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการเบิกชดเชย แยกราย Project Code

วันที่ 7 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

หน่วยบริการ	ไม่ระบุ Project Code		CANCER		DMISHD		ER-EXT		UCEP24		WALKIN		รวม	
			ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย
รพ.ร้อยเอ็ด	20,027	2,819,936	6,637	18,156,176	8	46,900	3,125	498,796	67	104,368	21,620	29,760,001	51,484	51,386,177
รพ.เกษตรวิสัย	1,003	649,416	59	102,820			4,328	708,353	215	441,035	1,375	943,109	6,980	2,844,733
รพ.ปทุมรัตน์	8,577	224,182									100	33,219	8,677	257,401
รพ.จตุรพักตรพิมาน	5,745	403,113							36	69,691	373	153,080	6,154	625,884
รพ.ธวัชบุรี	378	124,661									1,126	567,623	1,504	692,284
รพ.พนมไพร	1,881	241,400					2,828	437,761	6	730	510	154,284	5,225	834,175
รพ.โพนทอง	3,334	718,535					4,652	737,028	697	747,667	2,712	2,069,171	11,395	4,272,401
รพ.โพธิ์ชัย	5	816									149	57,506	154	58,322
รพ.หนองพอก	479	134,125									283	125,382	762	259,507

ผลการเบิกชดเชย แยกราย Project Code

วันที่ 7 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

หน่วยบริการ	ไม่ระบุ Project Code		CANCER		DMISHD		ER-EXT		UCEP24		WALKIN		รวม	
	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย	ครั้ง	จ่ายชดเชย
รพ.เสลภูมิ	5,226	788,279					1,292	211,838	133	354,438	639	381,007	7,290	1,735,562
รพ.สุวรรณภูมิ	1,108	417,163							60	272,406	1,289	817,923	2,457	1,507,492
รพ.เมืองสรวง	1,022	185,943							9	11,799	1,009	441,295	2,040	639,037
รพ.โพหนองทราย	2,339	118,942							11	13,229	25	15,022	2,375	147,193
รพ.อาจสามารถ	938	155,609							12	10,304	365	198,707	1,315	364,620
รพ.เมยวดี	758	155,832									183	86,906	941	242,738
รพ.ศรีสมเด็จ	944	131,338							7	2,772	251	112,892	1,202	247,002
รพ.จันทาร	983	157,527							7	12,180	379	1,320,068	1,369	1,489,775
รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช	156	14,603									120	30,883	276	45,486

