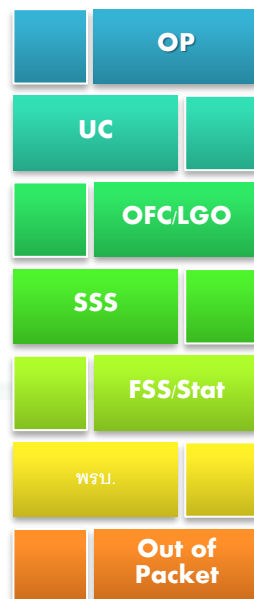
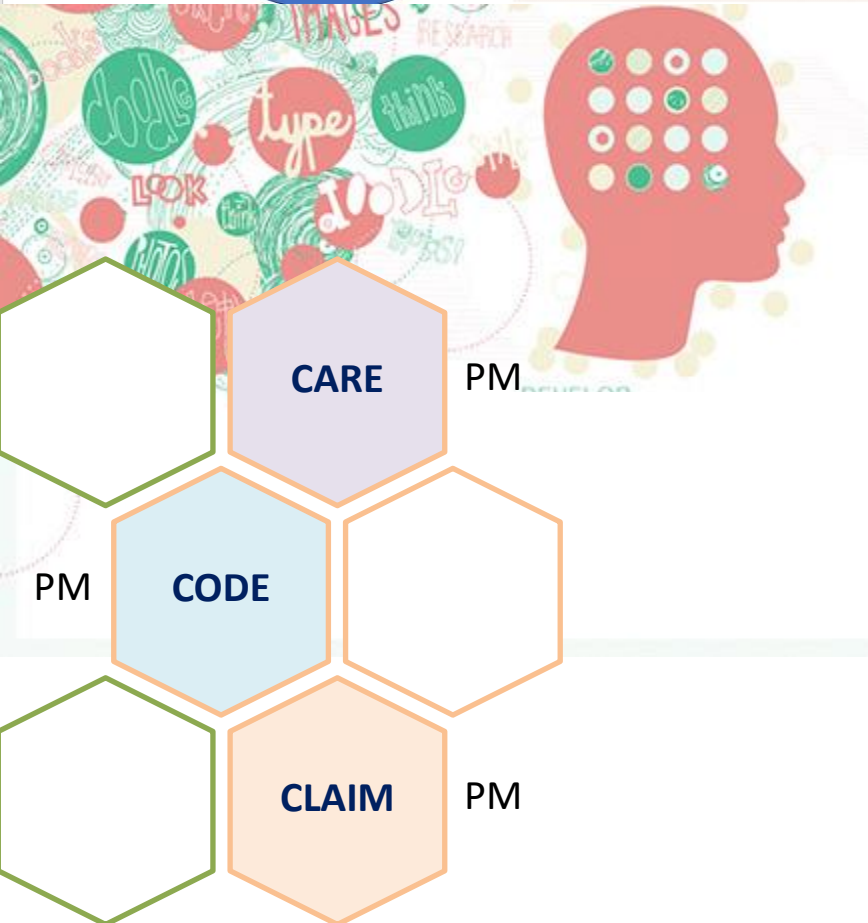


PERFECT CLAIM 2568



OP



สิทธิการรักษาอย่างน้อย 7 สิทธิ ดังต่อไปนี้

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

พิทักษ์ชัย จิตรม้น

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า



ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรงพยาบาล



E-Claim
UC:PP/OP/IP

E-Claim
LGO / OFC

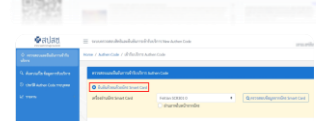
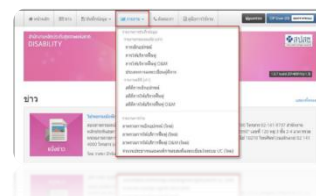
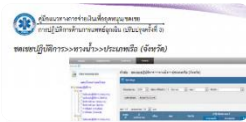
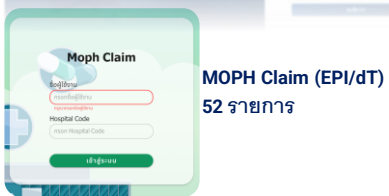
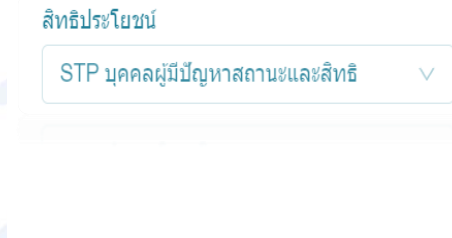
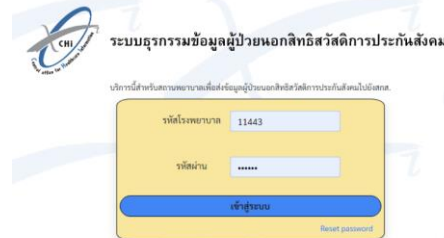
SSOP
AIPN

FWF
STATE

พรบ.รช
ประกันชีวิต



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



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 และจิตเวชฯ)	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 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด	-	530.71	530.71	530.71	100.0%
8 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	437.34	603.33	642.81	205.47	47.0%
9 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	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

เปรียบเทียบงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปี 2564 และ ปี 2565 (บาท : ผู้มีสิทธิ)			
ประเภทบริการ	ปี 2564	ปี 2565	เปลี่ยนแปลง
1.ผป.นอกหัวไป	1,280.01	1,305.07	+25.06
2.ผป.ในหัวไป	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.ค่าบริการฯเบิกลักษณะงบลงทุน	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

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%
6.บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69	-	-

งบเหมาจ่ายรายหัวปี 2566 / สิทธิบัตรทอง
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3,385.98 บาท/ประชากร

งบเหมาจ่ายรายหัว
161,602.66
ล้านบาท
เพิ่มขึ้นจากปี 2565
5,248.24 ล้านบาท

ดูแลประชากร
47.72
ล้านคน



หักเงินเดือนภาครัฐ
56,585.60
ล้านบาท
เหลือเป็นงบเข้ากองทุน
105,017.05
ล้านบาท



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

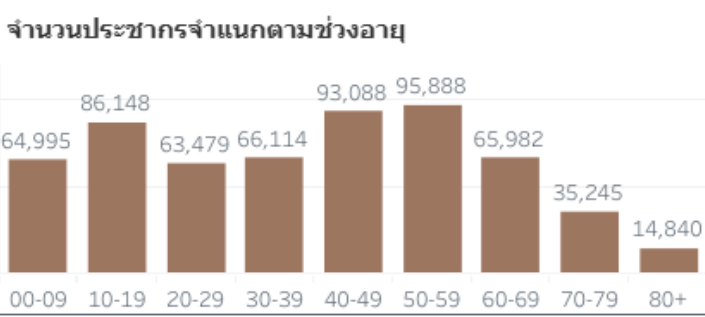
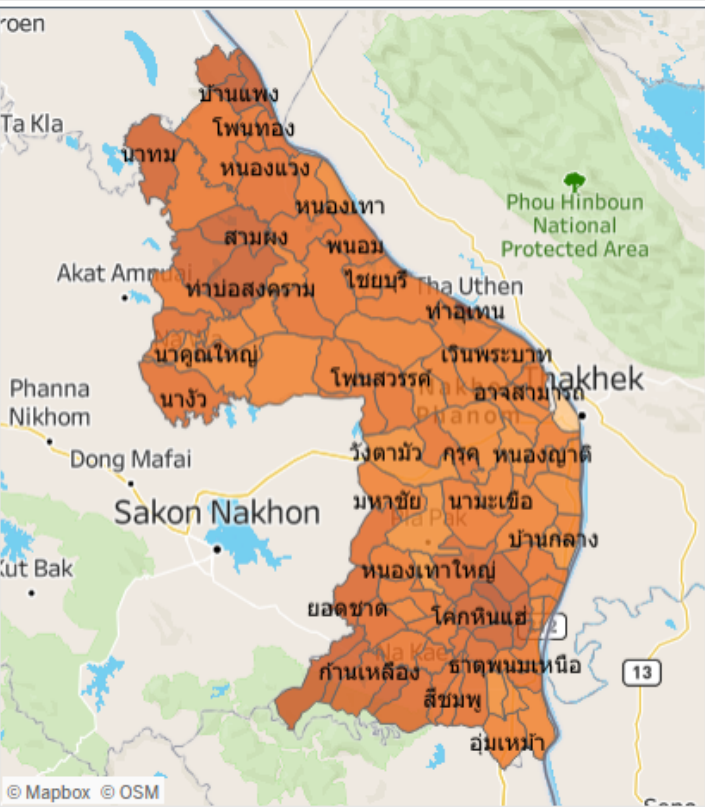
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 : มติ ครม. 7 พย.66 (รอฟ่าน พรบ.งบฯรายจ่ายประจำปี)

รายการงบกองทุน	หน่วย	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567	เพิ่ม/ลด	%เพิ่ม/ลด	
- ประชากรไทย(ทุกสิทธิ)	คน	65,909,000	65,909,000	66,339,000	430,000	0.65	↑
- ประชากรสิทธิ UC	คน	47,547,000	47,727,000	47,671,000	- 56,000	- 0.12	↓
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	158,294.4233	161,602.6675	165,525.1530	3,922.49	2.43	↑
- บาท/ปชก.UC (แบบเดิม)	บาท/UC	3,740.36	3,901.21	4,043.60	142.39	3.65	↑
- บาท/ปชก.UC	บาท/UC	3,329.22	3,385.98	3,472.24	86.26	2.55	↑
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	บาท/UC	1,305.07	1,344.40	1,348.41	4.01	0.30	↑
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป	บาท/UC	1,460.59	1,477.01	1,528.54	51.53	3.49	↑
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	บาท/UC	395.14	399.49	436.79	37.30	9.34	↑
* บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	บาท/UC	405.19	506.07	557.88	51.81	10.24	
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	บาท/UC	18.73	17.23	9.80	- 7.43	- 43.12	↓
1.5 บริการการแพทย์แผนไทย	บาท/UC	19.00	19.16	20.01	0.85	4.44	↑
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(งบค่าเสื่อม)	บาท/UC	128.69	128.69	128.69	-	-	=
**เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	บาท/UC	5.95	9.16	13.48	4.32	47.16	
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ล้านบาท	3,768.1088	3,978.4785	4,017.0957	38.62	0.97	↑
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	ล้านบาท	9,731.3395	9,952.1756	12,807.2986	2,855.12	28.69	↑
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	ล้านบาท	1,154.7800	1,071.4748	1,197.6157	126.14	11.77	↑
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	ล้านบาท	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	-	-	=
6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	ล้านบาท	319.2800	188.8500	2,062.7879	1,873.94	992.29	↑
7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		3,760.0380	4,037.6460	5,841.8670			
7.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ล้านบาท	2,769.9300	2,772.0000	2,550.6010	- 221.40	- 7.99	↓
7.2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	ล้านบาท	990.1080	1,265.6460	2,760.5540	1,494.91	118.11	↑
7.3 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	ล้านบาท	-	-	530.7120	530.71	100.00	↑
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	ล้านบาท	283.0300	437.3360	642.8083	205.47	46.98	↑
10. ค่าบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ล้านบาท	19,265.4218	21,381.1071	24,044.0454	2,662.94	12.45	↑
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	158,294.4233	161,602.6675	165,525.1530	3,922.49	2.43	↑
รวมงบนอกเหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	39,772.2861	42,537.3560	52,103.8066	9,566.45	22.49	↑
รวมงบ UC	ล้านบาท	198,066.7094	204,140.0235	217,628.9596	13,488.94	6.61	↑
ค่าแรงภาครัฐ	ล้านบาท	58,341.5954	61,842.0911	63,232.1600	1,390.07	2.25	↑
งบUCคงเหลือสุทธิ (หลังหักค่าแรงภาครัฐ)	ล้านบาท	139,725.1140	142,297.9324	154,396.7996	12,098.87	8.50	↑

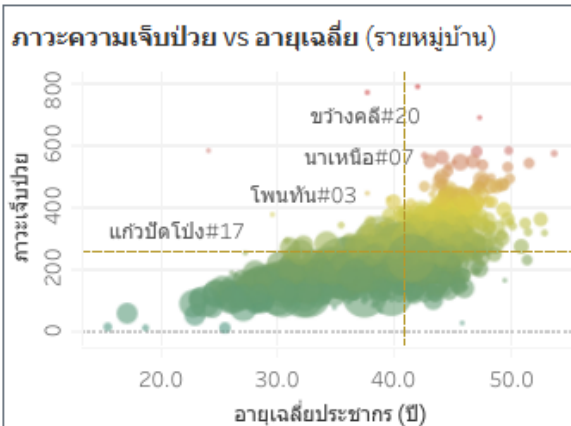
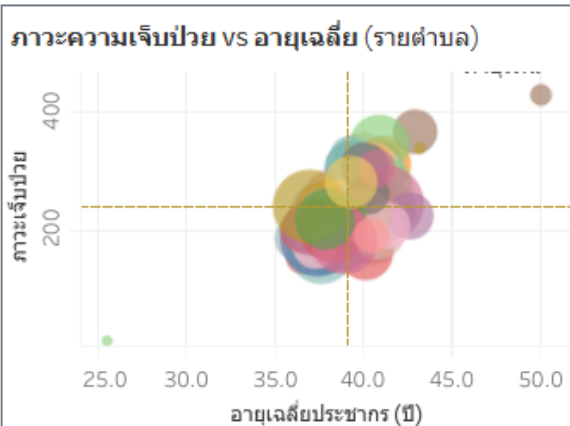
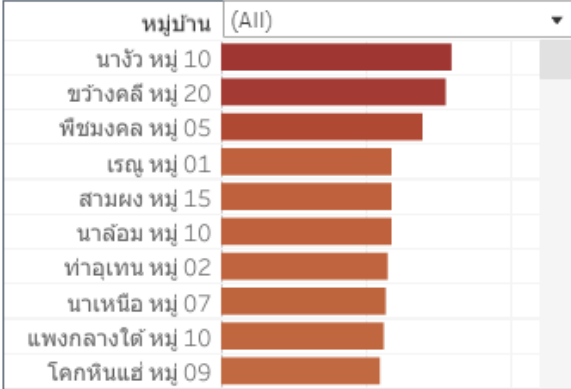
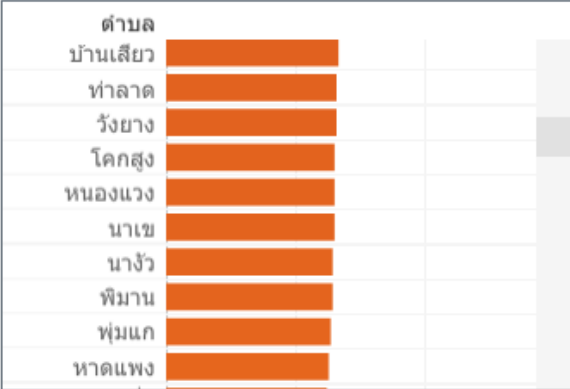
ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชากรรายพื้นที่ (Area-based Population Health Profile)

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

พื้นที่ สปสช.เขต	จังหวัด	อำเภอ
เขต 8 อุดรธานี	นครพนม	(All)



ประชากร (คน)	อายุเฉลี่ย (ปี)	ผู้สูงอายุ	เบาหวาน	ความดัน	หลอดเลือดสมอง	มะเร็ง	วัณโรค	ไตวาย	CCI Score
585,906	39.1	19.8%	5.9%	6.0%	0.7%	0.4%	0.2%	0.7%	234.4



กลุ่มโรค 5	
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วน..	88,153
ความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน	74,424
โรคของช่องปาก ต่อม น้ำลาย แ..	57,280
โรคของหลอดอาหาร กระเพาะ..	40,012
โรคความดันโลหิตสูง	35,423
เบาหวาน	34,404
โรคของหลัง	15,797
โรคติดเชื้อที่ลำไส้	11,902
การบาดเจ็บที่ศีรษะ	8,598
ผิวหนังอักเสบ	8,217
การติดเชื้อเฉียบพลันแบบอื่นที่..	7,604
โรคข้อ	7,213
ความผิดปกติที่เยื่อตา	6,829
การติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อ..	6,716
การบาดเจ็บที่ข้อมือและมือ	6,357
โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจ..	6,158
การบาดเจ็บที่ข้อเท้าและเท้า	5,478
โรคอื่นของลำไส้	5,458
การบาดเจ็บที่เข่าและขาท่อนป..	5,250
ลมพิษและผิวหนังแดง	4,835

ตำบล	หมู่บ้าน	ประชากร	บัตรทอง	ประกันสังคม	ราชการ	สิทธิ อปท.	สิทธิอื่นๆ	อายุเฉลี่ย	สูงอายุ	%Elderly	ภาวะเจ็บป่วย
	โนนงาม หมู่ 05	406	334	9	51	6	6	40.2	86	21.2%	2
	ดอนสวรรค์ หมู่ 03	553	497	16	26	8	4	38.8	103	18.6%	1
	ชาติพัฒนาชาติไทย หมู่ ..	367	318	16	31	0	2	38.3	80	21.8%	1
	โชคอำนวย หมู่ 09	163	143	4	11	1	4	40.4	50	30.7%	2
	แดนสวรรค์ หมู่ 04	130	120	4	6	0	0	40.3	19	14.6%	2
รวมทั้งหมด		585,906	517,291	19,958	36,074	6,567	4,817	39.1	116,067	19.8%	2

ประเภทการเบิกจ่ายเงิน บริการผู้ป่วยนอก OP UC

UC ใน CUP ในอำเภอFM

1. เหมจ่ายรายหัว 80%+20% (1 เม.ย. ตัวแทนการจ่าย) **ปีงบประมาณ 67 พ่วงไปก่อน 25 %**

UC ใน CUP ในอำเภอSA

2. OP UCEP ภาครัฐ Fee Schedule 728 รายการ **ถูกเงินวิกฤต !**

3. CA Anywhere :จ่ายตามรายการ Fee Schedule

4. ER คุณภาพ (นอกเวลาราชการ วันจ-ศ 16.31-24.00 น.,วัน ส-อ เวลา08.31-24.00 น.) 150 บาท/visit ตามแบบ ประเมินCPP

UC นอก CUP ในจังหวัด ต่างอำเภอFM

1. นค.1:ตามหลักเกณฑ์จังหวัด(Virtual account/Clearing house) นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวOP2568

UC ใน CUP ในอำเภอSA

2. UCEP ภาครัฐ Fee Schedule 728 รายการ **ถูกเงินวิกฤต !**

3. OP Anywhere,OP Walk in:จ่ายตามรายการ Fee Schedule **ความจำเป็น!**

4. CA Anywhere :จ่ายตามรายการ Fee Schedule

UCนอกCUP ต่างจังหวัด

1. OP UCEP ภาครัฐ Fee Schedule 728 รายการ **ถูกเงินวิกฤต !**

2. OP AE :จ่ายตามFee Schedule 1บาท ต่อ 1 คะแนน **ถูกเงิน!**

3. OP Anywhere,OP Walk in:จ่ายตามรายการ Fee Schedule 0.5 บาท ต่อ 1 คะแนน **ความจำเป็น!**

4. ย้ายหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที

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

- ตามข้อตกลง จังหวัด
- รูปแบบตาม สสจ.ประกาศ



กองทุน ER คุณภาพ และ UCEP

(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 เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ
2	ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก EMERGENCY	ชมพู	ตรวจหลังสีแดง หรือภายใน 10 นาที	เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน อ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน มีอาการสับสนหรือซึมลงกว่าปกติ กินสารพิษ ทุพพิษกัด

2	ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก EMERGENCY	ชมพู	ตรวจหลังสีแดง หรือภายใน 10 นาที	เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน อ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน มีอาการสับสนหรือซึมลงกว่าปกติ กินสารพิษ ทุพพิษกัด
---	---------------------------------	------	---------------------------------	--

3	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน URGENCY	เหลือง	ตรวจหลังสีชมพู หรือภายใน 30 นาที	ไล่ตั้งอีกเสบเฉียบพลัน แผลฉีกขาดขนาดใหญ่ แขนขาบวมผิดปกติ ไส้หลุด 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
- อาการอื่นที่มีผลการพยากรณ์ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หากพบอาการที่เข้าข่าย

- มีภาวะหัวใจหยุดเต้น
- มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ
- หายใจลำบากเฉียบพลัน
- มีภาวะช็อก
- 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

- บริการฉุกเฉินและบริการฉุกเฉินไม่รุนแรง
 - มีการจัดห้องแยกเฉพาะและมีอุปกรณ์ตามแนวทางการบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - จัดบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามมาตรฐานที่กำหนด
- ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน
 - มีการจัดห้องแยกเฉพาะและมีอุปกรณ์ตามแนวทางการบริการ
 - จัดบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามแนวทางของหน่วยบริการโดยอย่างน้อยต้องมีแพทย์ประจำ

รูปแบบการจัดบริการ

หน่วยบริการมีการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

- ห้องฉุกเฉินคุณภาพ สำหรับการจัดการผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง
- ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีเหตุสมควรและกรณีเจ็บป่วยทั่วไปตามความจำเป็นของผู้มีสิทธิ



กองทุน ER คุณภาพ 21 มิถุนายน 2567

ประกาศ !! ส่วนที่สุด !! เรื่อง แจ้งหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) ข้อมูลแพทย์ที่ปฏิบัติงานและข้อมูลวัน-เวลาที่จัดบริการ ในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP)

ประกาศโดย เดือนเพ็ญ เมื่อ 26-06-2567 13:27

เรียน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตามที่ สปสช.ได้ออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ.๒๕๖๗ นั้น ในการนี้ สปสช.ขอให้หน่วยบริการที่มีรายชื่อตามประกาศดังกล่าว บันทึกรายละเอียดการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน... [อ่านรายละเอียด](#)

ที่ สปสช.๖.๗๐/ว.๓๒๖๒

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง การบันทึกข้อมูลการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) ข้อมูลแพทย์ที่ปฏิบัติงานและข้อมูลวัน-เวลาที่จัดบริการ ในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย คู่มือการบันทึกรายละเอียดการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ ท่านผ่านการประเมินศักยภาพการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) จากกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งรายชื่อมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอให้ท่านบันทึกรายละเอียดการจัดบริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) ในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile : CPP <https://cpp.nhso.go.th/CPP/>) ดังนี้

๑. เมนูข้อมูลบุคลากรแพทย์ ข้อ ๑.๖.๑ ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

๒. เมนูการจัดบริการ ข้อ ๒๘ บริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน พร้อมระบุวัน-เวลาที่เปิดให้บริการ

ทั้งนี้ขอให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ทั้งนี้ขอให้แล้วเสร็จภายในวันที่ **30 มิถุนายน 2567**

https://www.nhso.go.th/page/online_service

หน้าหลัก สำหรับประชาชน สำหรับหน่วยบริการ เกี่ยวกับองค์กร

S:UU Data Center

ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP)

หน้าจอการบันทึก เมนูข้อมูลบุคลากร

คลิก ดูข้อมูล/แก้ไข เพื่อเข้าบันทึกข้อมูลบุคลากรที่ต้องการเลือก แก้ไข หัวข้อ 1.6.1 ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ข้อมูลแพทย์) และ 4.2.34 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (จำนวนพยาบาล)

คู่มือการใช้งาน ข้อมูลบุคลากร (จำนวนบุคลากรทั้งหมด 237 คน)

ส่งออกเป็น excel บันทึกข้อมูล นำเข้าข้อมูลบุคลากร

หมายเหตุ ** ลำดับหมายเลขไม่แสดงหมายถึง ไม่มีข้อมูลในรายการ

ดูข้อมูลรายละเอียด / Click เพื่อแก้ไข

กรอกข้อมูลเพื่อค้นหา

หัวข้อ	จำนวน (คน)
1.6 ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	
1.6.1 ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ดูข้อมูล/แก้ไข)	1
4.2.34 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ดูข้อมูล/แก้ไข)	ไม่มี

เลือก มี เพื่อเข้าบันทึกวันเวลาเปิด-ปิด การจัดการ และ กดปุ่มบันทึกข้อมูล

บริการ มี / ไม่มี หมายเหตุ

เปิดบริการวันเวลา * ตัวอย่างเช่น จ. - ศ. 08.30 - 18.30 น.

ส่งต่อไปที่ ไม่ได้ระบุ +

การระบุวันและเวลาการดำเนินงาน ให้ระบุข้อความตามรูปแบบนี้

จันทร์ - ศุกร์ 08.30 - 18.30 น.

เสาร์ 12.30 - 19.30 น.

อาทิตย์ 12.30 - 19.30 น.

หยุดนักขัตฤกษ์ 12.30 - 18.30 น.

กดเพื่อบันทึกข้อมูล บันทึกข้อมูล ยกเลิก

จำนวน 2 รายการ

รหัส	คำอธิบาย	วิธีแก้ไข
305	Approve Code (OFC)/เลขปิดสิทธิ (UCS) ที่บันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ไม่ตรงกันฐานข้อมูลของหน่วยบริการ	ตรวจสอบ Approve Code /เลขปิดสิทธิ แก้ไขให้ถูกต้องแล้วส่งเข้ามาใหม่อีกครั้ง กรณีไม่มีเลข Approve Code /เลขปิดสิทธิ ไม่สามารถส่งเบิกได้
941	เบิกกรณี ER คุณภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์กรณีเหตุสมควรที่รับบริการนอกเวลาทำการ	การเบิกกรณี ER คุณภาพ ไม่สามารถเบิกร่วมกับบริการ 1. ค่า DRUGP 2. ค่า TELMED 3. บริการ PP ทุกกรณี 4. รหัสเบิก 55021 ให้ทำการลบรายการดังกล่าวออกและส่งเบิกใหม่อีกครั้ง

ER คุณภาพ
แก้ไข C941

ตัดออก

ค่าบริการทางการแพทย์บาล. รายการอื่น ๆ (SEV12) 1

จำนวน 3 รายการ

รหัส	ชื่อ	หน่วย	Cost Type	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน	ประเภทบริการพิเศษ
55822	การฉีดยา IV	เข็ม	1	20.00	3	60.00	60.00	30.00	
55822	การฉีดยา IV	เข็ม	1	20.00	1	20.00	20.00	0.00	
55021	ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ	วัน	1	50.00	1	50.00	50.00	50.00	

รวม :

พึงเบิกได้ :

ขอเบิก :

ส่วนเกิน :

130.00

130.00

80.00

กองทุน OP Walk in:จ่ายตามรายการ Fee Schedule จำเป็น!

nhso_adp_code	nhso_adp_type	nhso_adp_code_name
WALKIN	5	(5-Proj. code)-การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปฐมภูมิกรณีเหตุสมควร

หลักการสำคัญ

- 1. การใช้บริการ : เป็นการใช้บริการ OP ที่มีเหตุสมควร และจำเป็นต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น (ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของตนเอง)
- 2. ประเภทบริการ : เป็นบริการระดับปฐมภูมิ
- 3. การเข้ารับบริการของประชาชน และอัตราจ่าย : จ่ายตามระบบ point system with GB
 - 3.1 ในจังหวัด : เข้ารับบริการยัง รพศ./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./รพศ./รพท./ รพ.ที่มีศักยภาพเทียบเท่า (ตามรายชื่อที่กำหนด) จ่ายตาม Fee schedule

โครงการพิเศษ

WALKIN การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปฐมภูมิกรณีเหตุสมควร

ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับ เคสนัดล่วงหน้า /OP refer /OP AE /Follow up /Cancer anywhere / กรณีโควิด /TB /HIV /ไตวายเรื้อรัง /PP และโครงการ หรือกองทุน อื่นๆ

ตัวอย่างข้อมูล การส่งClaim

จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช.เป็นรายการ



ยาหม่อมมาขอรับยาที่ไม่ใช่ รพ.ที่รักษาเป็นประจำ



ทำแผลต่อเนื่อง /ฉีดยาวัคซีน



ทันตกรรม (ทันตกรรมพื้นฐาน ถอนอุด ขูดหินปูน และบริการที่ไม่เข้าข่ายกองทุนย่อย)



เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ไข้หวัด ปวดท้อง คลื่นไส้ ฯลฯ ที่ไม่เข้าเกณฑ์ค่าบริการ OP Refer & OP AE

บริการผู้ป่วยนอกกรณี WALKIN แผนกโรค 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(ในเวลา) 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.) 62101 = 350 บาท

3. ตย.รับยาเบาหวาน ความดัน

Pdx E112 , I10 จ่ายยา Daonil Metformin Anapril5 ยาInsulin Mixtard /syringe insulin (หมวด 5 OP5S050 15บาท/ชิ้น)

4. ตย. ทำแผล ฉีดยา

Pdx Z48.0 / Z24.2(rabies) / z23.5(Tetanus)

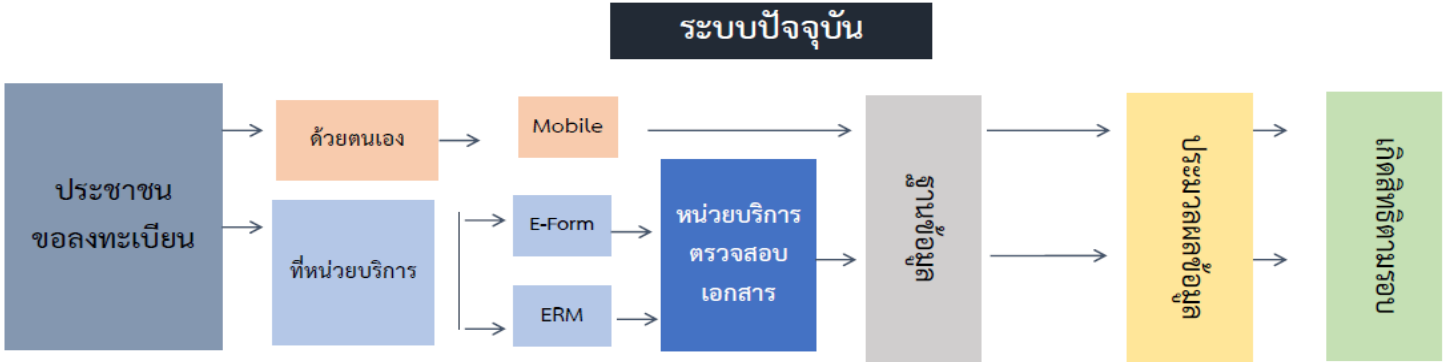
ICD9 93.56 / 93.57

รหัสเบิก หมวด12 บริการพยาบาล : ทำแผล 55811 170บาท/ครั้ง

หมวด11 นัดตรวจ ฉีดยา 55823 30 บาท/ครั้ง

ย้ายหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที

ยกระดับบัตรทอง ย้ายหน่วยบริการได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน



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)

คำรักษาพยาบาล(F7)

วันที่เข้ารับบริการ *
15/10/2566

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN) *
เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย(HN)

ประเภทบัตร *
1 บัตรประชาชน

สำเนา *
1 ค. ข.

เพศ *
ชาย

นน. แรกรับ
0.0000

อาชีพ *
000 ((-))

ชื่อผู้ป่วย
ชื่อผู้ป่วย

วันเกิด
Normal
Accident
Emergency
OP Refer ข้ามจังหวัด
OP Refer ในจังหวัด
ย้ายหน่วยเกิดสิทธิทันที
บริการเชิงรุก

ข้อมูลสิทธิ

☒ ใช้สิทธิ์ ☐ ไม่ใช้สิทธิ์

สิทธิประโยชน์
UCS สิทธิ UC

กรุณาเลือก

ย้ายก่อน ลงทะเบียนส่งตรวจ

CA Anywhere : มะเร็งไปรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม

เงื่อนไขการเข้ารับบริการ

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

หน่วยบริการจ่ายตามรายการ Fee Schedule

1. รังสีรักษา
2. เคมีระดับที่ 1 2 3

การขับเคลื่อนนโยบายและแผนปฏิบัติราชการร่วม

ระหว่างคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ (อปสข. และ อคม.) จุดเน้นสำคัญ ปี 2566

1. นโยบายยกระดับบัตรทอง

ปฐมภูมิไปรักษาที่ไหนก็ได้ (OP-Anywhere)

ผู้ป่วยในไม่ต้องมีใบส่งตัว

เปลี่ยนหน่วยบริการเกิดสิทธิทันที

มะเร็งไปรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (CA-Anywhere)

เอกสารแนบท้าย

รายการ Fee Schedule กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย
	หมวด 5	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา		
1	23803	ถุงเก็บน้ำปัสสาวะซึ่งต่อจากสายสวนระยะยาว ชนิดใบใหญ่	ถุง	90.00
2	OP5B001	BACTIGRAS 10 CM. X 10 CM.	แผ่น	65.00
3	OP5E001	ELASTIC BANDAGE 2"	ม้วน	50.00
4	OP5E002	ELASTIC BANDAGE 3"	ม้วน	45.00
5	OP5E003	ELASTIC BANDAGE 4"	ม้วน	85.00
6	OP5E004	ELASTIC BANDAGE 6"	ม้วน	100.00
7	OP5F009	FOLEY CATH NO. 8	ชิ้น	30.00

เงื่อนไขการเข้ารับบริการ

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

แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง

๑. มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
๒. มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
๓. มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
๔. มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
๕. มะเร็งโพรงจมูก (Nasopharyngeal cancer)
๖. มะเร็งปอด (Lung cancer)

หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (เคมีบำบัด ฮอโมน รังสีรักษา)

Chemotherapy / Radiotherapy

Others, except Surgical Treatment

บันทึกวิธีการรักษาเป็นการวินิจฉัยร่วม

Admit for chemotherapy หรือ Chemotherapy session for neoplasm

Admit for radiation หรือ Radiotherapy session

Admit for palliation หรือ Palliative care

บันทึกเทคนิคของการรักษาเป็นหัตถการ

Chemotherapy injection

Radiation technique

Z51.0 Radiotherapy session

Z51.1 Chemotherapy session for neoplasm

Z51.5 Palliative care



Radiotherapy

Others, except Surgical Treatment

Summary Diagnosis	ICD-10
Radiotherapy session	Z51.0
Summary Procedure	ICD-9-CM
Radiotherapy	92.29
Other technique	92.- to 93.-

Chemotherapy

Included Targeted therapy

Summary Diagnosis	ICD-10
Chemotherapy session for neoplasm	Z51.1
Summary Procedure	ICD-9-CM
Injection [infusion] of chemotherapeutic agents	99.25
Injection [infusion] of targeted agent	99.28

ผู้ป่วยเคมีมะเร็งปากมดลูกและได้รับรังสีรักษาเมื่อ 2 ปีก่อน มาตรวจตามนัดตามแผน ตรวจพบ acute vaginitis

PDx	Acute vaginitis	N76.0
SDx	Personal history of CA cervix	Z85.4

Act

566	ให้รหัสโรครองไม่ถูกต้อง กรณีการให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา หรือไม่ได้บันทึกยาในกลุ่มมะเร็ง หรือรหัสรังสีรักษา	ตรวจสอบรหัสโรครอง กรณีการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดต้องมีรหัสโรค Z511 รังสีรักษา Z510 หรือตรวจสอบการบันทึกยามะเร็งกรณีเป็นการให้ยาเคมีบำบัด ตรวจสอบการบันทึกให้รังสีรักษา (RTX) กรณีรักษาด้วยรังสี บันทึกให้ถูกต้องครบถ้วนแล้วส่งข้อมูลเข้ามาอีกครั้ง
567	บันทึกให้รังสีรักษาไม่สอดคล้องกับชนิดของโรคมะเร็ง	ตรวจสอบรหัสโรค หรือ รหัสรังสีรักษา กรณีรักษาโรคมะเร็งทั่วไปเลือกให้รังสีรักษาที่กำหนด RTX216 เท่านั้น(ไม่ใช่รหัสเบิกของมะเร็งโปรโตคอล)
568	เบิกมะเร็งโปรโตคอลไม่ถูกต้อง คือต้องเป็นราย visit ตามระเบียบประกันสังคม	เบิกมะเร็งโปรโตคอลต้องเป็นราย visit ตามระเบียบประกันสังคม

FS OP 2566-2567

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

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	betahistine 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

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

หมวด ๑ ค่าห้องและค่าอาหาร	จำนวน ๓ 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) กรณีคิดตามขนาดหรือปริมาณของชิ้นเนื้อ (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

ลำดับการตรวจสอบข้อมูลการ CLAIM

ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ → ทะเบียน Refer

บันทึกส่งตรวจ ศูนย์ตรวจสอบสิทธิ 11.46.ตรวจสอบการบันทึกมะเร็ง OPD เดือนตุลาคม 2566

ศูนย์ตรวจสอบสิทธิ

รายการอนุมัติสิทธิ OPD Visit List

Drag a column header here to group by that column

☐ บัตรทอง PP สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

☒ บัตรทอง UCEP24 ชม. จุกเงินวิกฤต

☐ บัตรทอง ต่างจังหวัดจุกเงิน (ร่วมจ่าย 30 บาท)

☒ บัตรทอง ต่างอำเภอ (มี ท.)

☒ บัตรทอง ต่างอำเภอ (ร่วมจ่าย 30 บาท)

☒ บัตรทอง ต่างอำเภอกกรณีเหตุสมควร (Walk-In)

☒ บัตรทอง มะเร็งรักษาทุกที่ CA Anywhere

☐ บัตรทอง เขตอุดม (ร่วมจ่าย 30 บาท)

☐ บัตรทอง เขตอุดม (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

ข้อมูลสิทธิการรักษา

รหัสสิทธิ 51 บัตรทอง ต่างอำเภอ (มี ท.) เลขที่สิทธิ F773412479503

วันที่เริ่มใช้ 28/8/2563 สถานบริการหลัก โรงพยาบาลนครชัย 24821

วันที่หมดอายุ 31/12/2599 สถานบริการรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียง ตำบลนาเรียง 03800

บริษัท ประกันสังคม บริษัทคู่สัญญา

Auth Code PP1300917990

Project Code

โครงการพิเศษ

UCEP24 UCEP 24 ชั่วโมงแรก

โครงการพิเศษ

WALKIN การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปฐมภูมิกรณีเหตุสมควร

โครงการพิเศษ

CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม

1.ตรวจสอบสิทธิการรักษา ทุกสาย 100%

☐ 51บัตรทองต่างอำเภอ(มีท.)

☐ 50บัตรทองต่างอำเภอ(ร่วมจ่าย30บาท)

2.ตรวจสอบ Dx.กองทุนมะเร็ง

☐ ICD10 = C00-D48,Z511

☐ ICD9CM = 9925

☐ เปลี่ยนสิทธิ 79 บัตรทองมะเร็งทุกที่ CA Anywhere

3.ตรวจสอบความจุกเงิน UCEP 24 ชม.

☐ แดง

☐ ชมพู

☐ เปลี่ยนสิทธิ 70 บัตรทองUCEP 24 ชม. จุกเงินวิกฤต

4. ตรวจสอบความจำเป็น Walk-In

☐ ICD10=โรคตามความจำเป็น

☐ เปลี่ยนสิทธิ 63 บัตรทอง เหตุสมควร Walk-In

เอกสารหมายเลข ๒ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหมายเลข ๑ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

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

ลำดับ	รหัส	ชื่อสามัญยา	ความแรงยา	รูปแบบยา	ปริมาณ	หน่วยรับ	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 ค่าห้องและค่าอาหาร	จำนวน ๑ รายการ
หมวด ๒ ค่าวินิจฉัยเพื่อและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค	จำนวน ๒๕ รายการ
หมวด ๕ ค่าวินิจฉัยที่ไม่ใช่ยา	จำนวน ๑๒ รายการ
หมวด ๖ ค่าบริการให้เพื่อและส่วนประกอบของโรค	จำนวน ๑๒๖ รายการ
หมวด ๗ ค่าวินิจฉัยทางการแพทย์และการแพทย์และพยาธิวิทยา	จำนวน ๑,๐๗๕ รายการ

หมายเหตุ :

- การตรวจเนื้อเยื่อกรรม (Surgical pathology) กรณีติดตามพบหรือรับมารักษาครั้งแรก (ติดตามต่อเนื่อง) รหัส ๙๘๐๐๓๐ - ๙๘๐๐๖๐
- กรณีติดตามต่อเนื่อง (ติดตามต่อเนื่อง) รหัส ๙๘๐๐๖๐ - ๙๘๐๐๖๐

หมวด ๘ ค่าวินิจฉัยและรักษาทางการแพทย์

ส่วนที่ ๑ ค่าวินิจฉัยและรักษาทางการแพทย์	จำนวน ๕๙๐ รายการ
ส่วนที่ ๒ ค่าบริการให้เพื่อและส่วนประกอบของโรค	จำนวน ๕๙๐ รายการ

สำหรับหน่วยบริการที่มีรายละเอียดและสำเนาเพิ่มเติม...

หมายเหตุ : ใบจำนวนรายการเฉพาะส่วนที่ ๑

หมวด ๙ ค่าวินิจฉัยและรักษาทางการแพทย์

หมวด ๑๐ ค่าอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์

หมวด ๑๑ ค่าบริการทางการแพทย์

หมวด ๑๒ ค่าบริการทางการแพทย์

หมวด ๑๓ ค่าบริการทางการแพทย์

โปรแกรม Claim OP 2566 ตามกลุ่มโรคที่รักษา

E-Claim

• OP

43 Data

• OP

Online

• OP

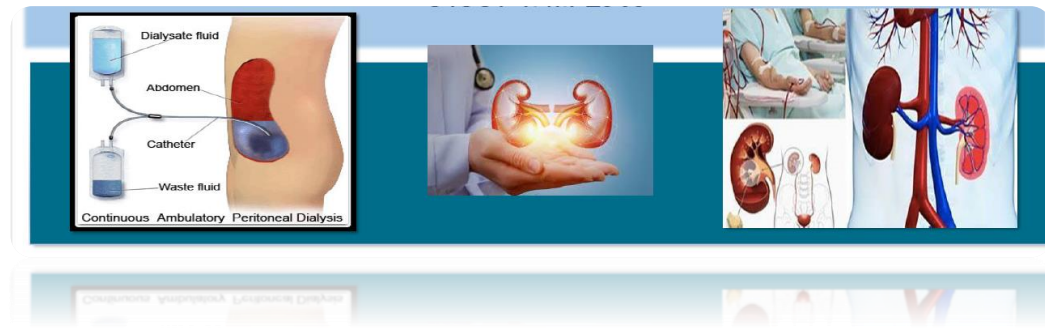
The screenshot shows the E-CLAIM system interface. On the left is a sidebar with icons for various functions. The main area is a form titled 'สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก' (Create Outpatient Record). It includes fields for 'หน่วยบริการที่รักษา' (Treating Service Unit) with value '11443 เสด็จฯ รพ.' (11443 Royal Hospital), 'ข้อมูลผู้ใช้บริการ' (User Information) with fields for HN, ID, and Name, and 'ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก' (General Outpatient Information) with fields for birth date, time, and gender. There are also dropdown menus for 'เลขที่ประวัติผู้ป่วย (HPI)' and 'ประเภทโรค' (Disease Type).

The screenshot shows the 'OP/PP Individual Records' page. It features a table with columns for 'วันที่รับส่ง' (Admission Date), 'REP', 'ชื่อไฟล์' (File Name), 'สถานะ' (Status), 'สถานะข้อมูล' (Data Status), and 'ผู้ส่งข้อมูล' (Data Sender). The table contains two rows of data. To the right of the table is a sidebar with a search bar and a list of filters.

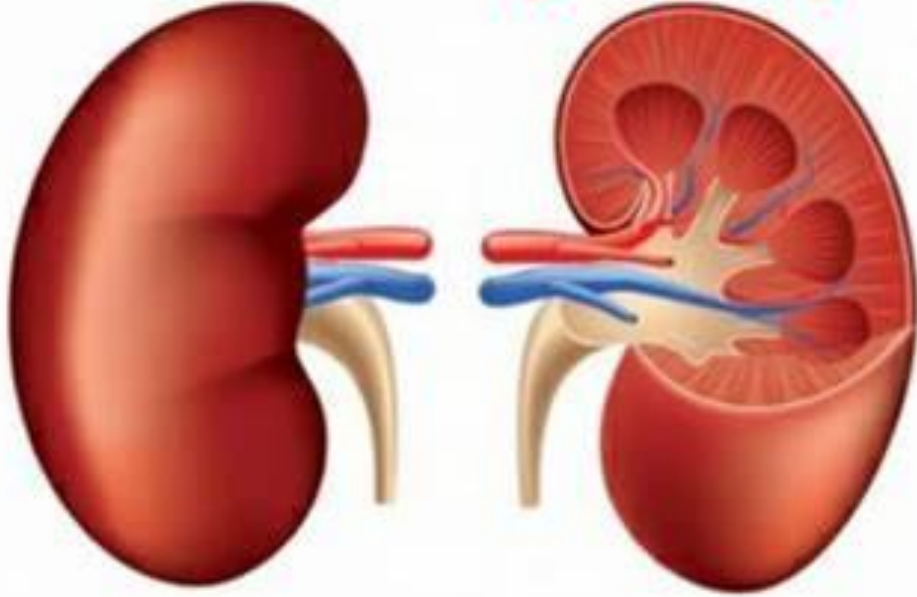
วันที่รับส่ง	REP	ชื่อไฟล์	สถานะ	สถานะข้อมูล	ผู้ส่งข้อมูล
16/05/2562 09:00	6200028	F43_11443_20190401235355.ZIP	บันทึก	บันทึก	OP-11443 รพ. เสด็จฯ รพ. (ศิริราช)
21/05/2562 08:47	6200029	F43_11443_20190416052755.ZIP	บันทึก	บันทึก	OP-11443 รพ. เสด็จฯ รพ. (ศิริราช)



การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง



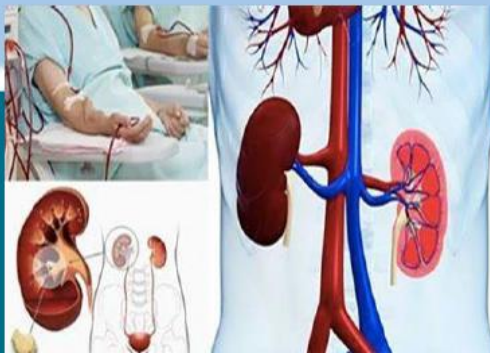
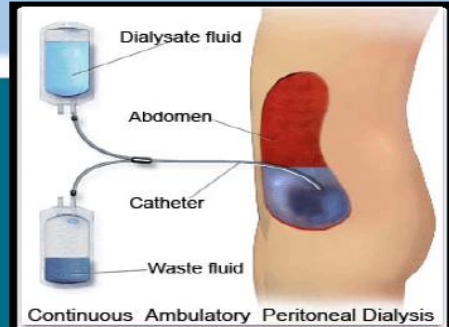
ไตคือ ???



- **CAPD**
- **HD**



ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

PD

น้ำยาและเวชภัณฑ์

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

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายใน
การให้บริการ 2,500 บาท/
ราย/เดือน

- การเยี่ยมบ้าน
- การวางสาย TK
- ค่าตรวจเลือด
- ค่ายาและค่าภาวะแทรกซ้อน

การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อื่น

- TEM

หน้า: 248

เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

HD

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายใน
การให้บริการ

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

การให้ยา Erythropoietin

การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด
(Vascular access)

การสนับสนุน
ค่าใช้จ่าย อื่น ๆ

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

หน้า: 249

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)	-	3.อัตราจ่าย ■ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ■ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน <table><thead><tr><th colspan="2">เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ</th><th>วิธีคำนวณ</th><th>น้ำหนัก เกณฑ์ (a)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT</td><td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น 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 เดือนย้อนหลังของหน่วย บริการนั้น 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 ของหน่วยบริการ นั้น 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 หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของ หน่วยบริการนั้น</td><td>25%</td></tr></tbody></table> ■ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้ ○ รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรก (ต.ค.65 – มี.ค.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา (เม.ย.-ก.ย.66) ○ รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลัง (เม.ย – ก.ย.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง 6 เดือนถัดมา (ต.ค.66 –มี.ค.67)	เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น 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 เดือนย้อนหลังของหน่วย บริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%	3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการ นั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%	4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของ หน่วยบริการนั้น	25%
เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)																			
1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น 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 เดือนย้อนหลังของหน่วย บริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%																			
3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการ นั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%																			
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของ หน่วยบริการนั้น	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	1. ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง 2. ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ค่าเชื้อ 3. ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct	<u>เพิ่ม</u> 1. ค่าฟอกเลือด - 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)] 2. ค่าทำ Vascular access - 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 3. 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 (หน่วยบริการประจำ UC)
- การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT (หน่วยบริการ RRT) แยกตามประเภท
- การลงทะเบียนเข้ารับบริการ RRT (หน่วยบริการประจำ UC) แยกตามประเภท
- การลงทะเบียนเข้ารับบริการ CAPD
- การลงทะเบียนรับบริการของผู้ป่วย HD
- ข้อมูลการให้บริการ Temp HD
- ข้อมูลการใช้ยาฆ่าเชื้อที่มีการส่งยาไปหน่วยบริการ

การลงทะเบียนเข้ารับบริการ CAPD

ระดับข้อมูล

ประเทศ

▼

จังหวัด

▼

หน่วยบริการ

▼

ช่วงเวลา(ปี)

2565

▼

สิทธิ

▼

ทั้งหมด

▼

ตารางข้อมูล

กราฟ

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

ล็อกอินเข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

REP No.	DCKD63103100049	๙
ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ชดเชย	ผลรวม ของ ชดเชย2
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



ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ ชดเชย	ผลรวม ของ ชดเชย	ผลรวม ของ ไม่ชดเชย
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

ระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2563-2564

REP NO.	REP Date	HD						CAPD											
		ค่าฟอก						ค่าบริการ						ค่า TempHD					
		ข้อมูลปกติ						ข้อมูลปกติ						ข้อมูลปกติ					
		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย		เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
		รายการ	บาท	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
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
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
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
DCKD63083100047	31/08/2020	1,307	2,063,050.00	1,297	2,038,050.00	10	25,000.00	1,042	1,452,700.00	1,042	1,452,700.00	213	532,500.00	203	507,500.00	10	25,000.00	52	77,850.00
DCKD63073100046	31/07/2020	1,369	2,167,300.00	1,345	2,107,300.00	24	60,000.00	1,060	1,481,800.00	1,060	1,481,800.00	222	555,000.00	198	495,000.00	24	60,000.00	87	130,500.00
DCKD63063000045	30/06/2020	1,353	2,123,100.00	1,338	2,085,600.00	15	37,500.00	1,051	1,459,100.00	1,051	1,459,100.00	211	527,500.00	196	490,000.00	15	37,500.00	91	136,500.00
DCKD63053100044	31/05/2020	1,297	2,031,100.00	1,276	1,978,600.00	21	52,500.00	1,021	1,408,100.00	1,021	1,408,100.00	209	522,500.00	188	470,000.00	21	52,500.00	67	100,500.00
DCKD63043000043	30/04/2020	1,264	1,972,100.00	1,244	1,922,100.00	20	50,000.00	1,010	1,384,100.00	1,010	1,384,100.00	207	517,500.00	187	467,500.00	20	50,000.00	47	70,500.00
DCKD63033100042	31/03/2020	1,264	1,963,100.00	1,254	1,938,100.00	10	25,000.00	1,019	1,403,600.00	1,019	1,403,600.00	192	480,000.00	182	455,000.00	10	25,000.00	53	79,500.00
DCKD63022900041	29/02/2020	1,284	1,983,775.00	1,264	1,933,775.00	20	50,000.00	965	1,304,400.00	965	1,304,400.00	201	502,375.00	181	452,375.00	20	50,000.00	118	177,000.00
DCKD63013100040	31/01/2020	1,293	2,017,850.00	1,274	1,970,350.00	19	47,500.00	1,020	1,417,500.00	1,020	1,417,500.00	191	477,500.00	172	430,000.00	19	47,500.00	82	122,850.00
		15,898	24,886,875.00	15,713	24,424,375.00	185	462,500.00	12,564	17,381,500.00	12,564	17,381,500.00	2,505	6,262,250.00	2,320	5,799,750.00	185	462,500.00	829	1,243,125.00

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 EPOจากสถานพยาบาลเอกชนนอกระบบ 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 via/สัปดาห์ Hct $>$ 30% จ่าย 1 via/สัปดาห์	เริ่มให้ EPO เมื่อ Hct $<$ 30% Hct $<$ 33% จ่าย 2 via/สัปดาห์ Hct $\geq$ 33% จ่าย 1 via/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)

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

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
http://www.nhso.go.th

NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

Disease Management Information System

ผู้ใช้งาน : _____ หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : _____

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกจ่าย/TK CCR รายงาน Download APD **Hemodialysis (UC/อปท.)** ออกจากระบบ

Hemodialysis (UC/อปท.)

การตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย HD (Pre-Audit)

HD 1

บันทึกข้อมูลฟลอกไต (UC/อปท./กทม.)

บันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย (UC/อปท./กทม.)

บันทึกข้อมูลยุทธศาสตร์จ่ายค่าฟลอกไต (UC/อปท./กทม.)

Pre-Audit HD - UC/CK350 2

บันทึกข้อมูลฟลอกไต ประกันสังคม เบิกส่วนต่างจาก อปท./กทม.

ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC

เงื่อนไขการแสดงผล

งวดการจ่ายค่าชดเชย --เลือก--

รหัสหน่วยบริการ ค้นหาหน่วยจ่าย

ชื่อหน่วยบริการ

แสดงรายงาน แสดงบนหน้าจอ

ปฏิทินการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre audit HD) ผ่านโปรแกรม DMIS
สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขฟลอกไตด้วยเครื่องไตเทียม
ปีงบประมาณ 2567

Statement (STM)	วันที่ประมวลผล จ่ายใน Seamless for DMIS	หน่วยบริการ แบบเอกสาร 15 วัน	สปสข.เขต ตรวจสอบ	หน่วยบริการขอ หักหัก (ถ้ามี)	สปสข.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

การบริหารงบค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2565

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) โดยอาจจ่ายเพิ่มเติมเป็นวัสดุ 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 ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวช เป้าหมายที่ลงทะเบียน (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.)

เดิม

สรุปบริการและการจ่ายชดเชย

ลำดับ	บริการ	การจ่าย	T1DM	GDM	PDM
1	ค่าสอนทักษะในการดูแลตนเอง (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	ค่าตรวจหลังคลอด เพื่อประเมินการเกิดโรคเบาหวานด้วยวิธี (OGTT)	1 ครั้ง	-	200 บาท	-
6	เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM)	ตามความเห็นของแพทย์ ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพ และผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง			

รายการตัวชี้วัด 5 ตัว

- 1) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง HbA1c ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 2) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 3) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 4) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 5) 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. ค่าสอนผู้ป่วย	1. บริการ ตค.-ธค.64 : 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. บริการ มค.-กย.65 -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. ค่าสอนผู้ป่วย 3. ค่าตรวจหลังคลอด 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. บริการ ตค.-ธค.64 : 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. บริการ มค.-กย.65 - จ่าย Strip ระบบ VMI - ค่าสอน 500 บาท - ค่าตรวจหลังคลอด 200 บาท รวมเป็น 700 บาท

* จะตรวจพบเป็น DM เมื่อ ปะมาณน้ำตาล > 24 wks

หน้า: 266

GDM

- ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

O244

Diabetes mellitus arising in pregnancy

E-Claim

การบันทึกโปรแกรมการ
เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ
GDM เป้าหมาย 10,250 คน	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อม เครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 4 ครั้งต่อวัน เป็น เวลา 16wks* 2. คำสอนผู้ป่วย 3. ค่าตรวจหลังคลอด 3.1 ตรวจทุกคนภายใน 1-3 เดือน หลัง คลอด จ นวน 1 ครั้ง 3.2 กินกลูโคส 75 g (OGTT) 3.3 เจาะน้ำตาลฯ ก่อนกินที่ 0 นาที และหลังกินน้ำตาลฯ 2 ชม.

18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	รายการ	2,620.00
----	-----------------------------------	--------	----------

บริการเฉพาะ

×

กลุ่มรายการ *

8 GDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

รายการ *

80008 บริการในกลุ่ม GDM (คำสอน/ค่า Strip/OGTT) ตุลาคม - กันยายน

ราคากลาง

2,620

PDM

การบันทึกโปรแกรมการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคหลัก

O243

Pre-existing diabetes mellitus, unspecified

รหัสแพทย์ผู้รักษา

ว.32664

แพทย์หญิง ล่าง จันทกลาง

อายุกรรม

รหัสแผนกที่รับบริการ

001

XX

ชื่อแผนกที่รับบริการ

อายุกรรม

18

บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค

กลุ่มรายการ *

8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

รายการ *

รายการ

80032 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)

80033 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)

80034 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)

80035 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)

80036 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)

80037 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)

80038 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)

80039 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)

80040 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า STRIP/HBA1C) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป (>36 สัปดาห์)

ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ
PDM*	ประเมินตนเอง	1. Strip และเข็มเจาะเลือด พร้อมเครื่องตรวจระดับน้ำตาล ที่ Upload ข้อมูลได้ โดย ตรวจ 7 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 36wks*
เป้าหมาย 2,550 คน		2. HbA1c 4 ครั้ง
		3. ค่าสอนผู้ป่วย
* รวมกรณีที่เป็น T1DM		

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4.บริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ค่าบริการสำหรับ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) 2. บันทึกการคลอดตามที่กำหนด	เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหมาจ่ายค่าบริการ เป็นรายเดือนครอบคลุม -ค่าบริการสอนและประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง -ชุดตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง -ค่าบริการตรวจน้ำตาล/ตรวจภาวะแทรกซ้อน	ค่าบริการเหมาจ่ายรายเดือน ครอบคลุมกิจกรรมบริการเหมือนปี 2565 มีการปรับลดอัตราจ่าย <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)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค
----	-----------------------------------

กลุ่มรายการ *

8 CGM+ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง

รายการ *

ราคากลาง

80029 ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM ต่อ ครั้ง	1,000
80030 ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM ต่อ เดือน	4,000
80031 ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM ต่อ 3 เดือน	13,000

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
- 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM
- 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวาน
- ก่อนการตั้งครรภ์ (PDM)

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational Diabetes)			
เกณฑ์จ่าย 16,850 บาทต่อการตั้งครรภ์			
ผู้ให้บริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ	การจ่าย
PDM*	ประจันตคาม	1. Strip และหีจาะเลือด เพื่อตรวจระดับน้ำตาล ที่ Upload ข้อมูลได้ โดย ตรวจ 7 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 36wk*	1. บริการ 10-30.64 - จ่ายแบบรายจ่าย / การตั้งครรภ์ แยกเป็น - ค่าสอบ 500 บาท - HbA1c 150ml ครั้งละ 400 บาท - ค่า Strip 3 เดือน ละ 1,750 บาท/การตั้งครรภ์
เป้าหมาย 2,550 คน		2. HbA1c 4 ครั้ง 3. ค่าสอบผู้ป่วย	ค.ส. เบื้องต้น 6,350 บาท ค.ส. เบื้องต้น 4,600 บาท ค.ส. เบื้องต้น 2,850 บาท รวมเป็น 1,100 บาท
* รวมกรณีที่เป็น T1DM			

บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes; GDM)			
เกณฑ์จ่ายตาม 4,700 บาทต่อการตั้งครรภ์			
ผู้ให้บริการ	หน่วยบริการ	กิจกรรมบริการ	การจ่าย
GDM	ประจันตคาม	1. Strip และหีจาะเลือด หรือ ตรวจสารระดับน้ำตาล ที่ Upload ข้อมูลได้ โดยตรวจ 4 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 36wk*	1. บริการ 10-30.64 - จ่ายแบบรายจ่าย/การตั้งครรภ์ แยกเป็น - ค่าสอบ 500 บาท - ค่า Strip 3 เดือน ละ 1,000 บาท = 3,000 บาท
เป้าหมาย 10,250 คน		2. ค่าสอบผู้ป่วย	ค.ส. เบื้องต้น 3,700 บาท ค.ส. เบื้องต้น 2,700 บาท ค.ส. เบื้องต้น 1,700 บาท
* รวมกรณีเป็น DM ก่อนตั้งครรภ์ 24 wk			

ข้อมูลทั่วไป(F1)	การวินิจฉัยโรค(F2)	การผ่าตัดคลอด(F3)	ค่าใช้จ่ายสูง(F4)	นมแม่(F5)	บริการเฉพาะ(F6)	ค่ารักษาพยาบาล(F7)
บริการเฉพาะ						
+ เพิ่ม	กลุ่มรายการ	รายการ	ราคา			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80032 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)	8,660.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80033 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)	7,820.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80034 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)	6,980.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80035 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)	6,140.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80036 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)	5,300.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80037 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)	4,460.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80038 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)	3,620.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80039 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)	2,780.00			
	8 PDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80040 บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือน ขึ้นไป (>36 สัปดาห์)	1,940.00			
	8 GDM+บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	80008 บริการในกลุ่ม GDM (ค่าสอบ/ค่า Strip/OGTT) ตุลาคม - กันยายน	2,620.00			

แบบลงทะเบียนผู้ป่วย T1DM รายใหม่/GDM/PDM

ข้อมูลผู้บริการ

ปีงบประมาณ

2568

รหัสหน่วยบริการ

11443

ชื่อหน่วยบริการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

PID*

ชื่อ :

นามสกุล :

วัน/เดือน/ปีเกิด :

อายุ(ปี) :

ลัทธิ :

หน่วยบริการประจำ :

ชนิดการลงทะเบียน * :

--กรุณาเลือก--

วันที่ลงทะเบียน * :

03/10/2024

เบอร์โทรศัพท์ :

รายละเอียดการรักษา

วันที่เข้ารับการรักษา * :

การวินิจฉัย * :

ลงทะเบียนดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (T1DM/GDM/PDM)

ลงทะเบียนหน่วยบริการ GDM/PDM

ลงทะเบียนผู้ป่วย T1DM รายใหม่/GDM/PDM

ลงทะเบียนบริการตรวจอื่น

Choose File

No file chosen

Upload เอกสาร

*รายการไฟล์ (ไม่เกิน 10 ไฟล์ต่อครั้ง) :

ข้อมูลผู้บริการ HN : 000268706

ชื่อ น.ส. ชนิษฐา พานะหม อายุ 30 ปี 4 เดือน 27 วัน

BP 130/70 FBS 0 BMI 38.63

CC จ.ส.สุภาวดี ทองเชื้อ[P.c/S c Overt DM c G2P1 GA17+5wk พบผู้ผิดปกติ FBS,2hrpp + ภาวะโกลบนการเกิน ระดับ 2

ประวัติ : P.c/S c Overt DM c G2P1 GA17+5wk พบผู้ผิดปกติ FBS,2hrpp + ภาวะโกลบนการเกิน ระดับโกลบนการเกิน

ประวัติ(F1)

ประวัติ(F2)

ส่งเวชภัณฑ์(F3)

วินิจฉัย(F4)

LAB(F5)

X-Ray(F6)

รังสีรักษา

ส่งนัด

พิมพ์

Note

ลำดับ

ชื่อเวชภัณฑ์

วิธีใช้

จำนวน

ราคา

ราคารวม

PS

หมวดค่ารักษา

1

12ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ

1

100.00

100.00

12ค่าบริการทางพยาบาล

2

16ค่าบริการทางทันตกรรม(30บาท)

1

30.00

30.00

16ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

3

7Glucose, blood(การใช้เครื่องตรวจน้ำตาล)

1

40.00

40.00

07ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

4

5สารละลายไอซ์ (0.35 กรัมx10 ก้อน)

3

5.00

15.00

05ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา <ยาสั่งใช้ตัวใหม่>

5

ALCOHOL 70 % ขวด (450 ml.)

ach(เช็ดผิวหนัง) เช็ดผิวหนังก่อนฉีดยา

1

35.00

35.00

03ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเบิกได้ <ยาสั่งใช้ตัวใหม่>

18

18บริการในกลุ่ม GDM (ค่าสอบ/ค่า Strip/OGTT) ตุลาคม - กันยายน

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)

18

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)

18

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)

18

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)

18

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)

18บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอบ/ค่า STRIP/HbA1C) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป (>36 สัปดาห์)

 สปสช.
 สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ นครเซี่ยงไฮ้

แบบประเมินตนเองเพื่อประเมินศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน"
 "โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Diabetes in pregnancy) หมายถึง gestational diabetes (GDM) และ
 pregestational diabetes (PDM)
 คำชี้แจง: โปรดใช้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบริการ ความรู้และเจตคติที่มี

๑. ข้อมูลทั่วไป
 ชื่อหน่วยงาน/บริการ รหัสหน่วยบริการ
 จังหวัด เขต

๒. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 คุณเคยมีประวัติดูแลโรค

คุณเคยมีประวัติ	จำนวนบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแล GDM หรือ PDM (คน)	ประสบการณ์ในการดูแล GDM มีประสบการณ์ต่ำกว่าร้อยละ ๑ ปี (จำนวนบุคลากร) หรือมีประสบการณ์มากกว่าร้อยละ ๑ ปี (จำนวนบุคลากร)	มีประสบการณ์ในการดูแล PDM (จำนวนบุคลากร)	หมายเหตุ
๑. <u>แพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางอื่น (ถ้า มี) (ชื่อ- นามสกุล)</u>				
๑.๑ แพทย์ทั่วไป				
๑.๒ อายุรแพทย์				

[illegible]

นาง จงทะเบียนผู้ป่วย T1DM รายใหม่/GDM/PDM

ข้อมูลผู้รับบริการ

ปีงบประมาณ: 2565

รหัสหน่วยบริการ: 14

ชื่อหน่วยบริการ: รพ

PID*: 13

ชื่อ: วัชร

นามสกุล: อี

วัน/เดือน/ปีเกิด: 25271211

อายุ(ปี): 37

สิทธิ์: UCS

หน่วยบริการประจำ: 10729

ชนิดการลงทะเบียน*: --กรุณาเลือก--

วันที่ลงทะเบียน*: 17/01/2022

เบอร์โทรศัพท์:

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการรักษา (กรณี GDM)

รายละเอียดการรักษา

วันที่เข้ารับการรักษា * :  **1**

การวินิจฉัย * :

☐ E10 เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี

☒ P70.2 Neonatal DM **2**

☐ E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia

รายละเอียดการรักษา

วันที่เข้ารับการรักษาม *

17/01/2022



การวินิจฉัย *

☐ 024.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy

☒ 024.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified

1

2

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการรักษา (กรณี PDM)

รายละเอียดการกรอกข้อมูล

วันที่เริ่มการฝึกสอน * :  1

การวินิจฉัย * :

☐ 024.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent
 ☒ 024.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent 2
☐ 024.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified

การบันทึกข้อมูล บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes; GDM)

ADP	TYPE= 4	80002	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) พฤศจิกายน	12,636.00
ADP	TYPE= 4	80003	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) ธันวาคม	11,636.00
ADP	TYPE= 4	80004	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) มกราคม	10,636.00
ADP	TYPE= 4	80005	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) กุมภาพันธ์	9,636.00
ADP	TYPE= 4	80006	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) มีนาคม	8,636.00
ADP	TYPE= 4	80007	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) เมษายน	7,636.00
ADP	TYPE= 4	80024	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) พฤษภาคม	6,636.00
ADP	TYPE= 4	80025	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) มิถุนายน	5,636.00
ADP	TYPE= 4	80026	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) กรกฎาคม	4,636.00
ADP	TYPE= 4	80027	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) สิงหาคม	3,636.00
ADP	TYPE= 4	80028	บริการในกลุ่ม T1DM (ค่าสอน/ค่าตรวจคัดกรอง/ค่า Strip) กันยายน	2,636.00
ADP	TYPE= 4	80008	บริการในกลุ่ม GDM (ค่าสอน/ค่า Strip/OGTT) ตุลาคม - กันยายน	4,700.00
ADP	TYPE= 4	80015	บริการในกลุ่ม PDM (ค่าสอน/ค่า Strip/HbA1c) ตุลาคม - กันยายน	16,850.00

การบันทึกข้อมูล บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์
(Pregestational DM)

การบันทึกข้อมูล บริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 : T1DM

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (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

HOS XP

The screenshot displays the MOPH-Claim software interface. The main window contains various input fields for patient information, including name, age, sex, and medical history. A summary window on the right, titled 'ข้อมูลเตรียมส่ง MOPH Claim', lists the patient's details and a list of medical conditions. A red box highlights the 'ข้อมูลสิทธิ MOPH Claim' section, and a blue arrow points to it from a red speech bubble labeled 'กดปุ่ม MOPH Claim'.

2

ชำระเงิน

ชำระเงินสังคม MOPH-Claim

3

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

ข้อมูลสิทธิ MOPH Claim : ผู้รับบริการมีสิทธิเบิกจ่ายบริการ DM

วันที่เช็คสิทธิ : 23/11/2565 9:58:00

Auth Code (สปสข.) PP1093874665

รหัสนี้ : 'E146'

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

สถานะส่งต่อ : หน่วยบริการไม่ได้เข้าร่วม สปสข. หรือไม่มีข้อมูลในระบบ สปสข.

สถานะยืนยันรับบริการผ่านหมอพร้อม :

ข้อมูลสิทธิ MOPH Claim : ผู้รับบริการมีสิทธิเบิกจ่ายบริการ HT

วันที่เช็คสิทธิ : 23/11/2565 9:58:00

รหัสนี้ : "

กดปุ่ม ส่ง MOPH Claim

ส่ง MOPH Claim

ตรวจสอบการยืนยันรับบริการผ่าน หมอพร้อมของผู้ป่วย

ปิด

รายงานเอกสารการโอนเงินแยกตามหน่วยงาน						
เขตพื้นที่ เขต 10 อุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี						
หน่วยบริการ 11443 รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม						
วันที่โอนตั้งแต่ 01/10/2565 ถึง 13/09/2566						
ลำดับ	วันที่โอน	Batc	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	รหัสบัญชี สป.สร.	กองทุนย่อยเฉพาะด้าน	จำนวนเงิน
6	11 ก.ย. 2566	2628	DMOR6612040012	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	249,770.00
8	08 ก.ย. 2566	2602	DMOR6607080007	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	79,485.00
9	08 ก.ย. 2566	2601	DMOR6610040010	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	23,655.00
11	07 ก.ย. 2566	2595	DMOR6605050005	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	13,200.00
33	10 ส.ค. 2566	2343	DNAP6620060020	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	46,710.00
61	30 มิ.ย. 2566	1917	DNAP6611050011	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	44,437.00
75	09 มิ.ย. 2566	1751	DNAP6610040010	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	50,633.00
95	03 พ.ค. 2566	1512	DNAP6609030009	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	42,106.00
145	23 มี.ค. 2566	1066	DNAP6608020008	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	51,262.00
159	07 มี.ค. 2566	0840	DNAP6607010007	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV	58,954.00
173	31 ม.ค. 2566	0542	DCMH6601010001	4301020105.222	ค่าบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	95,000.00
266	03 ต.ค. 2565	2344	DMHT_QOF	4301020105.222	ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน	2,117,568.00
267	03 ต.ค. 2565	2336	DNAP6525080025	4301020105.222	งบค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	71,013.00
269	02 ต.ค. 2565	2328A	DNAP6524070024	4301020105.222	งบค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	60,928.00
270	02 ต.ค. 2565	2325	DNAP6526090026	4301020105.222	งบค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	35,798.00

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายงานเอกสารการโอนเงินแยกตามหน่วยงาน						
เขตพื้นที่ เขต 10 อุดรราชธานี จังหวัด อุดรราชธานี						
หน่วยบริการ 03606 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย						
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

แนวทางการดำเนินงาน บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ 2565



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

DNAP6718050018	4301020105.223	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P BASIC SERVICE)
DNAP6718050018		งบค่าบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านและบริการที่เกี่ยวข้อง
DNAP6718050018	4301020105.222	งบบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV

<http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/user/empty.jsf>



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

กรอบการบริหารระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2565

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

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

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น	1.1 จ่ายตามผลงานบริการกรณีเป็นหน่วยบริการ 1.2 จ่ายรายโครงการกรณีเป็นองค์กรชุมชน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ (งานศูนย์อภัยร่วม)	จ่ายเป็นรายโครงการ ตามข้อกำหนด
3. บริการ PrEP	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - สนับสนุนในรูปแบบของยา - สนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

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	ชดเชยเป็นเงิน
Chest X-Ray	ให้เบิกในบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Active case finding) ผ่าน โปรแกรม NTIP	
CD4 400 บาท/ครั้ง	ไม่เปลี่ยนแปลง	
Viral Load : VL 1,350 บาท/ครั้ง		
DR In-House 5,500 บาท/ครั้ง, Commercial 6,000 บาท/ครั้ง		
		หน้า: 274

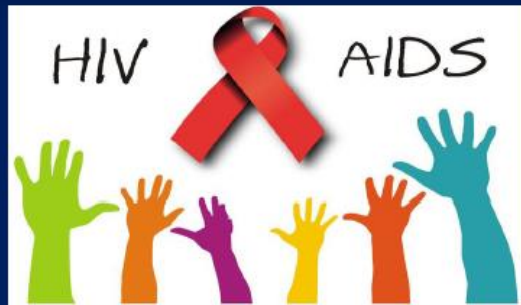
รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)		
•บริการให้คำปรึกษา 7 บาท / ครั้ง •บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท /ครั้ง •ถุงยางอนามัย	• การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง • เปลี่ยนแปลงวิธีการกระจายถุงยางอนามัยดังนี้ 1) สปสช.กำหนดโควตาแต่ละหน่วยบริการ 2) หน่วยบริการกำหนดจำนวนการจัดส่งรายเดือนผ่านโปรแกรม Nap 3) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบโควตา จำนวนการจัดส่ง และจำนวนคงเหลือได้ที่โปรแกรม Nap ในเมนูการบริหารจัดการยา	• ชดเชยเป็นเงินและถุงยางอนามัย

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน		
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT) • ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน • การตรวจ PCR (1,000 บาท/ครั้ง) • Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)	การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง	• ชดเชยเป็นเงิน และยา
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการสัมผัสเชื้อ 2.1 จากการทำงาน (HIV occupational PEP : HIV oPEP) 2.2 ที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP : HIV nPEP) • ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน • Anti-HIV (140 บาท/ครั้ง)		
รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน		
3. บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) • ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน • 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	การชดเชยและจำนวนครั้งบริการไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นเงิน ยา และถุงยาง

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

รายการปีงบประมาณ 2564	รายการปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย
การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV		
• การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี - Anti HCV (Automate 300 บาท/ครั้ง, Rapid Test 70 บาท/ครั้ง) • การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี - HCV Viral Load 2,300บาท/ครั้ง • การตรวจประเมินก่อนการรักษาการตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ - APRI score , FIB- 4score 200บาท/ครั้ง - Transient elastography (Fibro scan®) 2,000 บาท/ครั้ง - Fibro marker panel 2,000 บาท/ครั้ง	การชดเชยและจำนวนครั้ง บริการไม่เปลี่ยนแปลง } อย่างใดอย่างหนึ่ง	ชดเชยเป็นเงิน หน้า: 278



2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	
	รายการที่เปลี่ยนแปลง	หลักเกณฑ์ แนวทาง เงื่อนไขการชดเชย
บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
2.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	• ปรับวิธีการชดเชยบริการเชิงรุก • ปรับวิธีการชดเชยบริการคลินิก	• <u>จ่ายแบบ Fee schedule</u> ตามผลงานบริการรายเดือน ผ่าน NAP สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการด้าน HIV ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • <u>จ่ายแบบโครงการ</u> สำหรับ CBO ที่ยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ โดยทำสัญญาที่ สปสช.เขต • <u>บริการทางคลินิก (STI)</u> จ่ายตามผลงานรายเดือนให้กับหน่วยบริการ ผ่าน NAP
2.2 งานศูนย์อภัยร่วม	ไม่เปลี่ยนแปลง	ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการกับมูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2.3 นำร่องให้บริการ PrEP	ไม่เปลี่ยนแปลง	ชดเชยเป็นเงินและยา

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR)

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยรายกิจกรรม

กิจกรรม	อัตราค่าบริการ(บาท)/ราย	
	กลุ่ม MSM,TG, FSW,MSW	กลุ่ม PWID
- Reached & Recruited	800.-	1,800.-
- Recruit to Tested	550.-	1,200.-
- Retained	450.-	1,000.-
รวมบริการเชิงรุก	1,800.-	4,000.-

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชุดเซบบริการทางคลินิก

รายการตรวจ	ค่าบริการ**	จำนวนครั้งที่แนะนำให้ตรวจ/ปี				
		MSM	TG	MSW	FSW	PWID
คัดกรองโรคซิฟิลิส (Syphilis)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
คัดกรองโรคหนองใน (Gonorrhea)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
คัดกรองโรคหนองในเทียม (Chlamydia)	100 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และมะเร็งทวารหนัก (Anus smear)	250 บาท/ครั้ง	1	1	1	1	1

** ค่าบริการ เหนารวมค่าวัสดุ อุปกรณ์ ค่าขนส่งในการตรวจ ค่าบริการบันทึกข้อมูลและการคืนข้อมูลผลการตรวจให้กับหน่วยงาน/องค์กร ที่ส่งตรวจเพื่อการรายงาน

**** คำบริการ** เหมารวมคำวัสดุ อุปกรณ์ คำขนส่งในการตรวจ คำบริการบันทึกข้อมูลและการคืนข้อมูลผลการตรวจให้กับ
หน่วยงาน/องค์กร ที่ส่งตรวจเพื่อการรายงาน

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 ปรึกษา อนามัย	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ปรึกษาอนามัย อยู่ที่บบริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วย HTC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	VCT = 7 บาท / Anti-HIV = 140 บาท / ปรึกษา 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 ดูยางอนามัย	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 - 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 - HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ - HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง ค่าตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ 200 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันหลังการรักษา - 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



ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP)

REP - รายงาน REP แบบ SUMMARY

โครงการ : ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติ (NAP) วันที่ : วันที่ 10 ตุลาคม 2565

จังหวัด : กรุงเทพมหานคร หน่วยบริการ : 11443 - พระโขนง -

จำนวน : 2565 /

รายละเอียด 1

(1 - 3 of 3) 1 20

Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	รวม/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
								เรียกเก็บ		ชัดเจน		ไม่ชัดเจน	
								รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
					DNAP6511030011	DNAP65033100066	31/03/2565	852	52,286.00	779	48,699.00	73	3,587.00
					DNAP6509020009	DNAP65022800065	28/02/2565	823	29,020.00	756	26,050.00	67	2,970.00
					DNAP6504010004	DNAP65013100064	31/01/2565	1,364	71,305.00	1,278	67,545.00	86	3,760.00

ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
				เรียกเก็บ		ชัดเจน		ไม่ชัดเจน	
				รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	DNAP6502110002	DNAP64113000062	30/11/2021	1,590	60,363.00	1,487	56,293.00	103	4,070.00
	DNAP6501100001	DNAP64103100061	31/10/2021	968	46,923.00	925	45,103.00	43	1,820.00
		DNAP64092500060	25/09/2021	1,637	77,251.00	1,581	76,409.00	56	842.00
		DNAP64083100059	31/08/2021	853	23,100.00	823	22,233.00	30	867.00
		DNAP64073100058	31/07/2021	343	9,397.00	295	8,007.00	48	1,390.00
	DNAP6418060018	DNAP64063000057	30/06/2021	536	28,277.00	509	27,707.00	27	570.00
	DNAP6416050016	DNAP64053100056	31/05/2021	1,030	55,352.00	999	53,875.00	31	1,477.00
	DNAP6414040014	DNAP64043000055	30/04/2021	1,678	63,494.00	1,564	60,544.00	114	2,950.00
	DNAP6412030012	DNAP64033100054	31/03/2021	2,207	135,138.00	2,137	133,038.00	70	2,100.00
	DNAP6409020009	DNAP64022800053	28/02/2021	527	33,620.00	498	31,093.00	29	2,527.00
	DNAP6407010007	DNAP64013100052	31/01/2021	1,048	36,865.00	991	34,655.00	57	2,210.00
				12,417	569,780.00	11,809	548,957.00	608	20,823.00

ชื่อหน่วยบริการ	REP Date	ข้อมูลปกติ					
		เรียกเก็บ		ชัดเจน		ไม่ชัดเจน	
		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 ชัดเจน		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
- HIW
- PCR
- Register
- F/U
- PMTCT
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ผลการตรวจ HCV
- Reach&Recruit
- PrEP Register
- PrEP F/U
- PrEP Lab

ข้อมูลบริการดูแลรักษา

ปริมาณงาน / รายกิจกรรม

ระดับข้อมูล: ประเทศ จังหวัด หน่วยบริการ

ช่วงเวลา(ปี): 2565 ไตรมาส 1 พยายาม

วันที่: ถึง

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
PMTCT	208	227
CD4	19,618	19,620
VL (Viral Load)	16,488	16,490
DR (Drug Resistance)	42	42

NAP^{plus}

เข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้:

รหัสผ่าน:

Login เดลิเวอร์

เปลี่ยนรหัสผ่าน
ลืมรหัสผ่าน

วิธีการใช้: username/password
หรือใส่ username/password
เข้าสู่ระบบโปรแกรม NAP Plus

สปลช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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}

การดำเนินงานหลัก

การให้บริการผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอชไอวี

การจัดการข้อมูลระบบ

การบริหารจัดการยา

ชื่อผู้ใช้ :

การให้บริการ Reach&Recruit

รายงานผลงาน Reach&Recruit

การให้คำปรึกษา VCT

การให้บริการ PrEP

ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอชไอวี

การรักษาและติดตามผล

การรักษาและติดตามผล

การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การอนุมัติการส่งตรวจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การขอเปลี่ยนสูตรยา ARV

การอนุมัติขอเปลี่ยนสูตรยา ARV

ค้นหาประวัติ

ส่งเบิกชุดเวชภัณฑ์งานประกันสังคม

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 รายด้วยยา

Adjust Stock

Return Stock

รอบการจัดส่งด่วน

ประวัติการปรับยอด

รายงานเคลื่อนไหว

รายงานสถานะการส่งข้อมูลยา ARV ให้องค์การเภสัชกรรม

รายงานการเบิกจ่ายยา

รายงานการเบิกจ่ายยา (ประกันสังคม)

รายงาน Stock ส่วนกลาง



ข่าวประชาสัมพันธ์

ตั้งแต่ วันที่ 24 มีนาคม 2560 เป็นต้นไป ติดต่อ IT Helpdesk
โทร 1330 กด 5 กด 3
ขออภัยในความไม่สะดวกไว้ 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 ภูมยอนามัย	1.1 บริการให้คำปรึกษา 7 บาท/ครั้ง 1.2 บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท/ครั้ง 1.3 สนับสนุนภูมยอนามัย
2. ยาต้านไวรัส ยาลดไขมัน เพื่อการป้องกันและรักษา	สนับสนุนในรูปแบบของยา
3. การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	-CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT 25 บาท/รายการ
4. สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.1 บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.2 ภูมยอนามัย	4.1 บริการให้คำปรึกษา 7 บาท/ครั้ง 4.2 บริการตรวจ Anti-HIV 140 บาท/ครั้ง 4.3 สนับสนุนภูมยอนามัย
5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HCV)	Automate 300 บาท/ครั้ง, Rapid Test 70 บาท/ครั้ง

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ARTTR) 1.1 ค่าบริการป้องกัน 1.2 ภูมยอนามัยและสารหล่อลื่น	1.1 บริการให้คำปรึกษาครั้งแรก 80 บาท/ครั้ง การให้คำปรึกษาหลังตัดสินใจกินยา 20 บาท/ครั้ง 1.2 สนับสนุนภูมยอนามัย
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 สนับสนุนภูมยอนามัย



สรุป รพ.พิมาย

แนวทางการดำเนินงาน กรอบการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565



ระบบบริหารจัดการโรคเฉพาะ(วัณโรค)

<http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/user/empty.jsf>

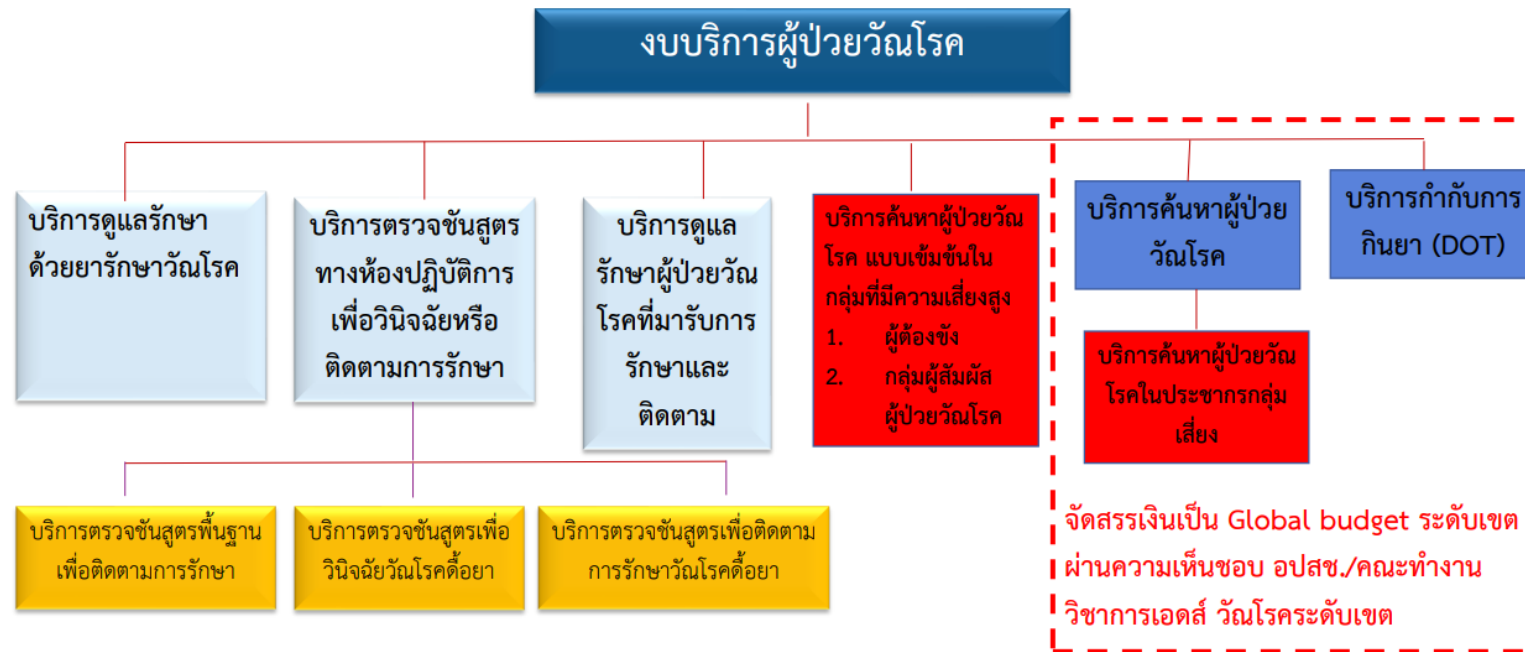
กรอบการบริหารบบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

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/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
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)



1. บริการยารักษาวัณโรคและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง		
1.1. บริการยารักษาวัณโรค	- ไม่เปลี่ยนแปลง - รายการเพิ่มเติม: ปรับระบบการเบิกยากรณีผู้ป่วยระยะต่อเนื่องให้เบิกยาสูงสุดไม่เกิน 2 เดือน ตามแนวทางดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ Covid-19	ชดเชยเป็นยา หรือ เงินค่ายารักษาวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด
1.2. บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝง	ไม่เปลี่ยนแปลง	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจและรักษาการติดเชื้อระยะแฝงได้ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด
1.3. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค	ไม่เปลี่ยนแปลง	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคได้ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub ภายใต้เงื่อนไข/รายการ/จำนวนครั้ง/ราคาที่กำหนด

PP 2566



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



กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

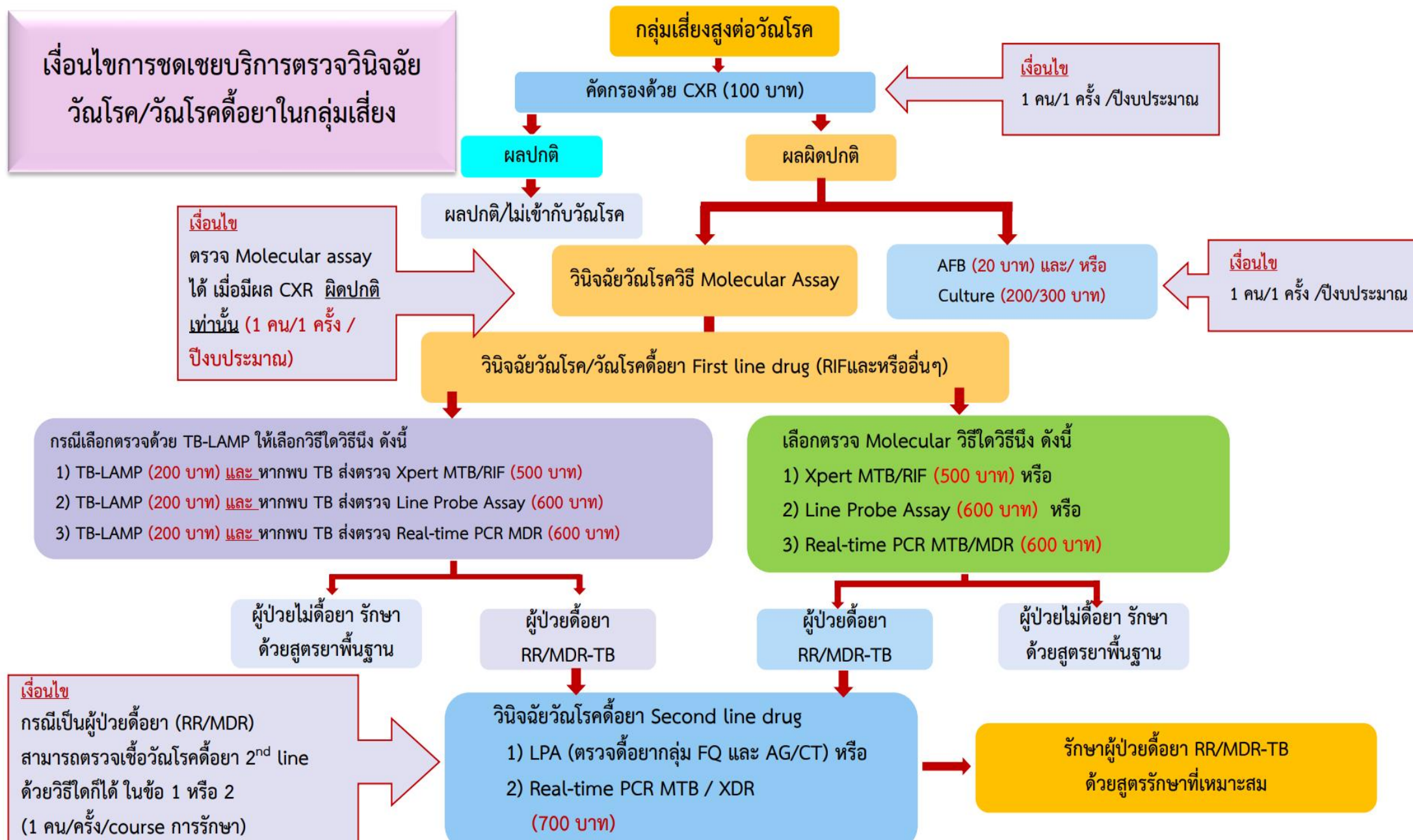
บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) 3. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs	■ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่ 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	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) <u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ 2.1 TB-LAMP จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง หรือ 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) อัตรา 100 บาทต่อครั้ง 2.3 Real-time PCR MTB/MDR จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง 2.4 Line Probe Assay (LPA) จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง - 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)	3. หากตรวจพบผลดี้อย่า First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดี้อย่า Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า (RR/MDR-TB) <u>จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง</u> จากรายการดังนี้ 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) 4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB <u>จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</u> 4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือก<u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี - 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



รายงานสรุปการขอเบิกชดเชยค่าการรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการ
28/12/2564 เวลา 13:43
ระบบบริหารจัดการโรคเฉพาะ(วัณโรค)

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(วัณโรค)

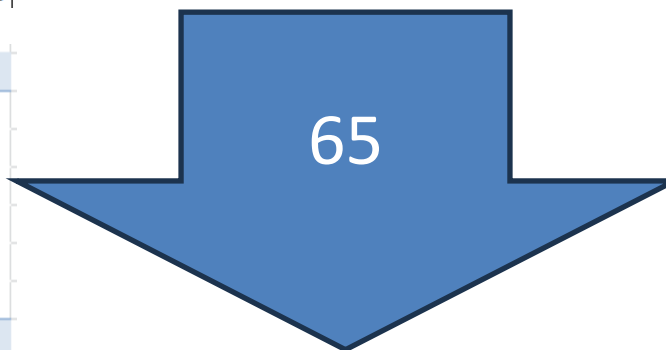
ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP NO.	REP Date	ข้อมูลปกติ					
				เรียกเก็บ		ชดเชย		ไม่ชดเชย	
				รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
	DMTB6502110002	DMTB64113000052	30/11/2021	141	4,900.00	91	3,020.00	50	1,880.00
	DMTB6501100001	DMTB64103100051	31/10/2021	118	3,000.00	79	2,060.00	39	940.00
	DMTB6425090025	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
	DMTB6421070021,0	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

ป้ายชื่อแถว	นับจำนวน ของ		ผลรวม ของ		นับจำนวน ของ		นับจำนวน ของ	
	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ชดเชย	ไม่ชดเชย	จ่ายเพิ่ม	เรียกคืน		
ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	22	440	22	22	22	22		
ชดเชย	9	180	9	9	9	9		
	9	180	9	9	9	9		
ไม่ชดเชย	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		
ชดเชย	55	1,100	55	55	55	55		
	55	1,100	55	55	55	55		
ไม่ชดเชย	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		
ชดเชย	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		
ชดเชย	193	19,300	193	193	193	193		
	193	19,300	193	193	193	193		
ไม่ชดเชย	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 COD	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	ไม่ใช้ยาที่ชดเชยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
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 เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา ครบแล้ว
TB022	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค Culture เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา first line drug ครบแล้ว
TB023	จ่ายชดเชยค่าบริการตรวจทดสอบความไวต่อยา DST เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา first line drug ครบแล้ว

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	1	20
TB104	17	340
ค่าบริการตรวจ Molecular assay วิธี Xpert MTB/RIF เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (FLD)	10	6,300
TB101	1	-
TB101	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

TB101	ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
TB102	วันที่บันทึกข้อมูลเกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ
TB103	วันที่ให้บริการหลังวันที่เสียชีวิต
TB104	ข้อมูลบริการซ้ำเคยจ่ายชดเชยบริการแล้ว

CXR

ทุกสิทธิการรักษา

รายงาน : รายงานสรุปการขอเบิกและค่ารักษาผู้ป่วยของหน่วยงาน

วันที่จัดทำรายงาน : 13/09/2568 เวลา 22:16

ชื่อหน่วยงาน : รพ. เติมละอุน

ลำดับ	REP No.	ชื่อ-สกุล	สิทธิ	HCODE	วันที่และเวลาที่รับรักษา	รายการประเภทขอเบิก	อัตรา	ไม่ลด	จ่ายเพิ่ม	เรียกคืน	สถานะ
1	DMT866073100072	โสนี นานะ	SSS	1	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
2	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	2	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
13	DMT866073100072	สมชาย นานะ	WEL	3	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
15	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	4	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
16	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	5	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
17	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	6	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
18	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	7	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
19	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	8	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
20	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	9	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
21	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	10	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
22	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	11	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
23	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	12	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
24	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	13	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
25	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	14	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
26	DMT866073100072	สมชาย นานะ	SSS	15	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
27	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	16	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
28	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	17	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
29	DMT866073100072	สมชาย นานะ	SSS	18	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
30	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	19	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
31	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	20	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
32	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	21	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
33	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	22	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
34	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	23	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
35	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	24	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
36	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	25	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
37	DMT866073100072	สมชาย นานะ	SSS	26	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
38	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	27	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด
39	DMT866073100072	สมชาย นานะ	OFC	28	13/09/2568 08:00	ค่าบริการทางการแพทย์ CXR เฉลี่ย	100.00	0.00	0.00	0.00	ไม่ลด

⬇

เรียงลำดับจาก ก ถึง ข

⬇

เรียงลำดับจาก ข ถึง ก

➤

เรียงลำดับตามสี

➤

มุมมองผู้ใช้งาน

🔍

คำสั่งการขอเบิก (คอบีวี Y)

➤

กรอข้อมูล

➤

ตัวกรองข้อมูล

ค้นหา

☒ (เลือกทั้งหมด)

☒ TB101

☒ TB104

☒ TB301

☒ TB311

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 - ยากำพร้า
 - 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

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด : (OPAE)

กรณีปกป้องการได้รับการบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ประกอบด้วยบริการดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกำลังพลสำรอง และอาสาสมัครทหารพราน
2. ทหารผ่านศึก คนพิการ (เจ็บป่วยทุกประเภท ตามความจำเป็น)
3. ทหารทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำหรือสิทธิว่างตามมาตรา 8
5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ

4. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือ สิทธิว่างตามมาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไข

- 1) เป็นการเข้ารับบริการของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตาม มาตรา 8 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) อาการแรกเริ่มอาจไม่ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

ผู้มีสิทธิพื้นที่ กทม. ที่ได้รับผลกระทบจากการยกเลิกสัญญา กับ สสส. ที่ยังไม่มีย่อยบริการ สามารถรับบริการ OPAE จนกว่าจะมีหน่วยบริการ โดยไม่ต้องลงทะเบียนสิทธิ ไม่ต้องขอ Claim code

5. กรณีเฉพาะอื่น ๆ

- 5.1 การให้บริการผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม
 1. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ (รหัสโครงการพิเศษ Z34003) ไม่รวม การตรวจครรภ์/วางแผนครอบครัว
 2. กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด (รหัสโครงการพิเศษ Z34007)
- 5.2 ผู้ป่วย สิทธิว่าง เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
 1. เป็นคนไทย ที่มีสิทธิตาม UC และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น
 2. มีรหัสโครงการพิเศษ Z75000
- 5.3 กรณีเด็กแรกเกิด เสียชีวิต ก่อนลงทะเบียน
 1. เป็นเด็กแรกเกิดที่ เกิดมาเสียชีวิตก่อน ต่อมาได้เสียชีวิตก่อน ลงทะเบียนฯทั้งนี้ ซึ่งไม่บ่งรวมเสียชีวิตในครรภ์
 2. มีรหัสโครงการพิเศษ : เด็กแรกเกิดเสียชีวิตฯ Z39000

1.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE)

เงื่อนไข

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดกับ **หน่วยบริการประจำ**

2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดย **ไม่จำกัดจำนวนครั้ง**

2.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) "ทหารผ่านศึก คนพิการ"

เงื่อนไข

- 1) **ทหารผ่านศึก คนพิการ**ที่มีสิทธิตามระบบ UC จะได้รับสิทธิการรักษาโดยไม่จำกัด จำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์
- 2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด **ผู้ป่วยนอก** ที่ไม่ใช่อุปการะส่งต่อจากหน่วยบริการ ประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

3.กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด(OPAE) "ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ"

เงื่อนไข

1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)

2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไปรักษาผู้ป่วยสังกัด กรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่ จังหวัดเดียวกันก็ตาม เช่น รพ.พังงา รักษาทหารเกณฑ์ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือที่ อยู่ใน จ.พังงา

3) อาการแรกเริ่มให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
1. ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจากส่วนกลาง เช่น กรณี OPAE, OP Anywhere, CA Anywhere เป็นต้น	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) จ่ายตามอัตราและรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น สำหรับกรณีที่ไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้ง สปสช. เป็นรายการ 2) กำหนดให้มีการ Authentication ที่เบิกจ่ายแบบ Fee Schedule ทุก รายการ 3) มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim

1.3 กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

กองทุนEMS

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 + จ่ายเพิ่มอัตรากม.ละ 4 บาท ตามระยะทางไป-กลับ



ค่าเรือ : ขึ้นอยู่กับประเภทของเรือ
อัตราจ่ายสูงสุด ไม่เกิน 35,000 บาท



ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน (ประสานผ่านและได้รับการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
จ่ายสูงสุดไม่เกิน 160,000 บาทต่อครั้ง

ประเมินระดับความฉุกเฉินและอัตราค่าบริการ (EMS)

ระดับความฉุกเฉินตามการคัดแยก ณ ห้องฉุกเฉิน	การปฏิบัติการ	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน				
		ระดับเฉพาะทาง	ระดับสูง (ALS)	ระดับกลาง (ILS)	ระดับพื้นฐาน (BLS)	ระดับต้น (FR)
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)	-รักษาและนำส่ง -รักษาและ	๑,๙๐๐	๑,๑๐๐	๗๕๐	๕๐๐	๓๕๐
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)	-เสียชีวิตระหว่างนำส่ง -รักษาและ	-	๗๕๐	๕๐๐	๕๐๐	๓๕๐
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว)	-เสียชีวิต -รักษาแต่ไม่นำส่ง (เฉพาะ ALS)	-	๓๕๐	๓๕๐	๓๕๐	๓๕๐
กรณี ยกเลิก ไม่พบเหตุ เสียชีวิตก่อนไปถึง		-	๒๐๐	๑๕๐	๑๐๐	๑๐๐

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

S1801 ค่าพาหนะในการส่งต่อ อัตราไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน *	พึงเบิกได้
ครั้งละ	500.00	0	0.00

เพิ่มรายการ
ล้างข้อมูล

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

S1802 ค่าพาหนะในการส่งต่อ ส่วนที่เกิน 500 บาท

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน *	พึงเบิกได้
กม.ละ	4.00	0	0.00

เพิ่มรายการ
ล้างข้อมูล

49	✓	3001398	51801	51801	16Referไป 500 บาท (พร้อมรถ refer และพยาบาล)ทุกที่	500.00	500.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1801
50	✓	3005869	51801	51801	16Refer ไปยุติดี เมติคอล กรุป(ศูนย์วินิจฉัยทางการแพทย์ครบวงจร)92กม.	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802
51	✓	3003156	51802	51802	16Referไป รพ พระศรีฯ108 กม.(พร้อมรถ refer และพยาบาล)	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802
52	✓	3004180	51802	51802	16Referไป รพ มะเร็ง112กม.(พร้อมรถ refer และพยาบาล)	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802
53	✓	3005107	51802	51802	16Referไป รพ.50 พรรษา124 กม.(พร้อมรถreferและพยาบาล)	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802
54	✓	3005850	S1802	S1802	16Referไป รพ.วารินฯ 86 กม.(พร้อมรถrefer และพยาบาล)	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802
55	✓	3003154	51802	51802	16Referไป รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 92 กม.(พร้อมรถ refer และพยาบาล)	4.00	4.00		16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้อัด	S1802

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



1. ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke) Fee schedule

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

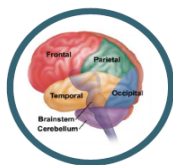
จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด **rt-PA** รวม(ค่าฉีดยา)

เพิ่มเติมจากการจ่ายในระบบปกติ

49,000



ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแนวทาง ดังนี้



ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น Cerebral infarction : I63.0-I63.9

มีการทำ **CT Scan** ก่อนและหลัง ให้ยาละลายลิ่มเลือด : 8703

มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : 9910 และ/หรือ

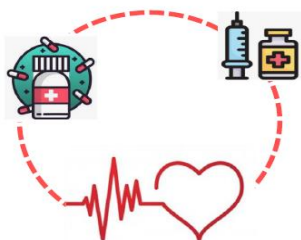
มีการทำกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพในรพ.

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

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)

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1. กรณีโรคมะเร็ง 20 ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น
 - ให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
 - ไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา
(นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)



2. Chemo/Radio-OP&IP Fee schedule



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



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)

CAN
CER

การให้เคมีบำบัดรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง



จ่ายชดเชยค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน/ค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผน เป็นรายครั้ง

ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกแต่ไม่เกินอัตราเพดานที่กำหนดและได้รับค่าผสมยา 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

การให้เคมีบำบัดรักษาสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้



1. กรณีโรคมะเร็ง **20** ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- ให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- ไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา

มะเร็งไปโตคอลปีงบประมาณ 2564

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)

CAN
CER

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





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

การให้เคมีบำบัดรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง



จ่ายชดเชยค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน/ค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผน เป็นรายครั้ง

ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกแต่ไม่เกินอัตราเพดานที่กำหนดและได้รับค่าผสมยา 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

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3. บริการกรณีเฉพาะ 3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.1 กรณี CA Anywhere	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง 2) การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีการรักษาโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม ครอบคลุมถึง - การ Confirm Diagnosis - การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง - การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น - การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up)	1) มีระบบการ Authentication 2) จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช. เป็นรายกรณี</u>
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ CA	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS 515 รายการ	เพิ่มรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

▼

โครงการพิเศษ

CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม

▼

ประเภทการให้บริการ

กรุณาเลือก

▼

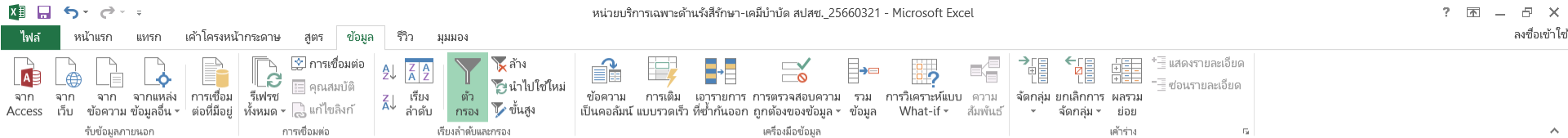
การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.2 กรณีการให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. กำหนด Protocol การรักษาโรคมะเร็ง 2. ประมวลผลการจ่ายตามการรักษาตาม Protocol ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication (เฉพาะ OP) 2) อยู่ระหว่างการปรับปรุง Protocol ใหม่ 3) ขยายบริการไปยัง รพ.เอกชน เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการเคมีบำบัด/รังสีรักษา	คงเดิม

REP CANCER

[illegible]

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								

บริการกรณีเฉพาะ

เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



3. Cataract รวมเลนส์ Fee schedule

ค่าผ่าตัด

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

ระดับสายตา (VA) แยกว่า 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

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

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



การบันทึกข้อมูล

1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. บันทึกการวินิจฉัยโรคหลักเป็นต้อกระจกในผู้สูงอายุ(H250,H251,H252,H258,H259)
3. บันทึกการหัตถการตามที่กำหนด 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 และรหัสหัตถการ 1473
6. บันทึกข้อมูลเบิกเลนส์แก้วตาเทียม ในหน้าคำรักษาพยาบาลช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์
บำบัดรักษา บันทึกบริษัท รหัสอุปกรณ์, หมายเลขอุปกรณ์ (serial number)

บริการกรณีเฉพาะ

ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ



1. Instrument-OP&IP Fee schedule with ceiling



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง มาตรการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศว่าด้วยรายการอุปกรณ์ 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 วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันตีพิมพ์เป็นต้นไป

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 ๓) 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

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/พลาสติกบังคับข้อศอกเด็ก	ข้างละ	๕๐๐
๒๑๗	๘๖๐๖	๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐

3.1 รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และ ข้อบ่งชี้ (Instrument)

บริการที่มีการ
เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ ๖๖

อัตราจ่าย

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

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

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

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

บริการกรณีเฉพาะ

จำเป็นต้องกำกับบริการอย่างใกล้ชิด



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

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)

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.การจ่ายค่าชุดเซยา 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	1. ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็น Palliative เมื่อผ่านการ admitted แล้ว ตาม Guideline ของกรมการแพทย์ 2. มีการ Register ผู้ป่วย Palliative Care 3. กรณีการเบิกการเยี่ยมบ้านซ้อนกัน จ่ายให้หน่วยฯ ที่เบิกก่อน และหน่วยฯ ที่ส่งเบิก หลังให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสาร 4. บริการ 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

2566

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

เป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566
Palliative Care จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย ให้แก่
หน่วยบริการที่ลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยตาม
ระยะเวลาที่พบได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต
หรือภายใน 6 เดือน
Opioid จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมรายเดือน
สำหรับหน่วยบริการที่จ่ายยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นหรือ
กัญชา

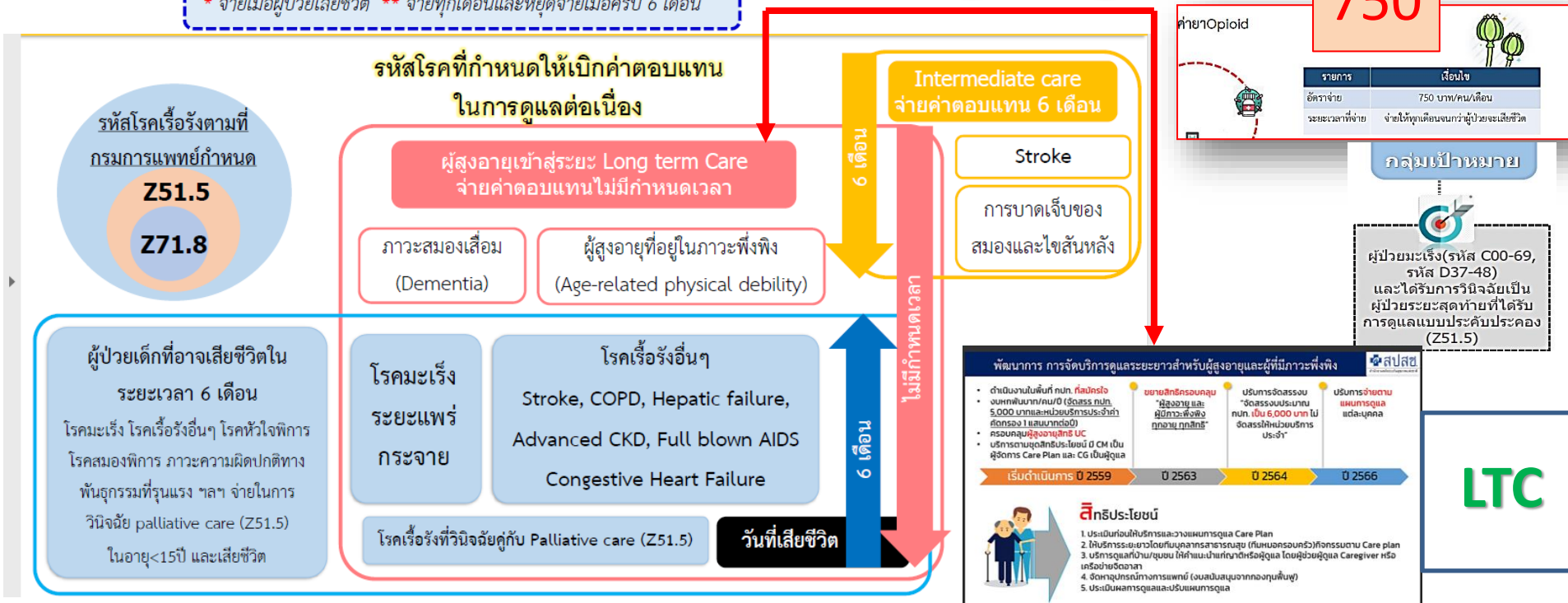


เข้ารับการรักษาท่าใน
(OPD/
IPD/
PP)

11443 PG0060001

UC

* จ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ** จ่ายทุกเดือนและหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน



กองทุน Palliative Care

ต้องระบุ 1 กิจกรรม ใน 5 กิจกรรม

รายการค่ารักษาพยาบาล

รหัสโรคหลัก ICD10

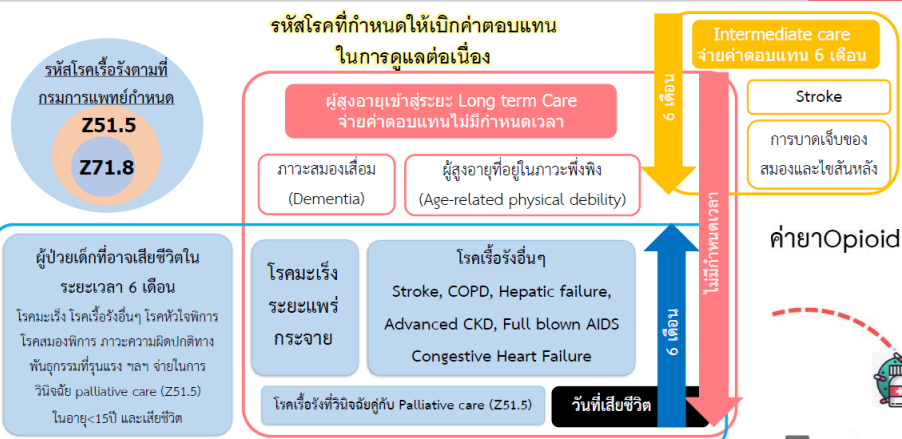
1. มะเร็งระยะแพร่กระจาย
2. โรคเรื้อรังอื่นๆ

ตามด้วยรหัสโรค

1. Z51.5
2. Z718

ชื่อรายการ	ราคา (OPD)	ราคา (IPD)	Max Price	หมวดค่ารักษา	ADP Type	ADP Code
12บริการPalliative Care	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	4-ค่าส่งเสริมป้องกัน	30001
12บริการPalliative Dressing	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	PALDS
12บริการPalliative Oxygen Concentrator	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	PALOC
12บริการPalliative Oxygen Tank	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	PALOT
12ประเมินผู้อาการป่วย Palliative ที่บ้านเมื่อรับการรักษา	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	Eva001
12ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย Palliative ที่บ้าน	0.00	0.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	Cons01

12บริการMorphine IR 10 mg tablet (Immediate release)	3.00	3.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0012
12บริการMorphine SO4 Inj 10 mg./ml./amp ไม่มี preservative	10.00	10.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0008
12บริการMorphine SO4 Tab. Cap Kapanol 20 mg./cap	34.00	34.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0004
12บริการMorphine SO4 Tab. MST Continus 10 mg./tab	20.00	20.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0001
12บริการMorphine SO4 Tab. MST Continus 30 mg./tab	30.00	30.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0002
12บริการMorphine Syrup ซื้อมาจาก ออ.	61.00	61.00		12-ค่าบริการทางพยาบาล	3-ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	M0011



ค่ายาOpioid

รายการ	เงื่อนไข
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลาที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ค่าบริการตามระยะเวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	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

บริการ Palliative care



Palliative 2 หลักเกณฑ์



เป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566
Palliative Care จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย ให้แก่
หน่วยบริการที่ลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยตาม
ระยะเวลาที่พบ.ได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต
หรือภายใน 6 เดือน
Opioid จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมรายเดือน
สำหรับหน่วยบริการที่จ่ายยากลับอนุพันธ์ฝิ่นหรือ
กัญชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

เกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น
ในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชยต้องมีศักยภาพในการจัดหาและส่งจ่ายยากลับอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับการ
ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือ ประเภทที่ 5
3. เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioid ชนิด
ออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตาม “แนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” ครบทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้
 - 3.1 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้นที่อย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup
และ Morphine tablet immediate release
 - 3.2 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet
sustained release และ/หรือ Morphine capsule sustained release
 - 3.3 ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) รูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl
patch
4. หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือ แพทย์ part time ที่สามารถส่งจ่ายยา
ตามข้อ 3. ได้ โดยการส่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน

หน่วยบริการที่เกิดขึ้นภายหลัง กรณีมีหน่วยบริการที่มีความประสงค์เข้าร่วมบริการใหม่ ต้องผ่านการ
ตรวจสอบคุณสมบัติของ สปสช.เขต เพื่อประเมินการเข้าร่วมบริการต่อไป

แบบแสดงความจำนงขอเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการเพื่อการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น
ในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2564

ชื่อหน่วยบริการ.....จังหวัด.....

มีความมีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตาม
แนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2564 โดยมีความพร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้

- () เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- () ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือ ประเภทที่ 5
- () มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioid ชนิดออกฤทธิ์ยาว ดังนี้
 - () มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้นที่อย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ
Morphine tablet immediate release
 - () มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet
sustained release และ/หรือ Morphine capsule sustained release
 - () ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) รูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการคือ Fentanyl patch
- () มีแพทย์ประจำ หรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์ part time ที่สามารถส่งจ่ายยาPalliative care
essential drugs list กลุ่ม Opioid ชนิดออกฤทธิ์ยาวได้ครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

- ได้พิจารณาศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของหน่วยบริการแล้ว ปรากฏว่า
- ☐ ผ่านการตรวจประเมินและสามารถเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการเพื่อการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นได้
 - ☐ ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติมจาก สปสช. เขต.....
.....
.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ/รับรอง
(.....)
หัวหน้าคณะกรรมการตรวจประเมินฯ/เจ้าหน้าที่ สปสช.
วัน/เดือน/ปี.....

ค่าบริการตามระยะเวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

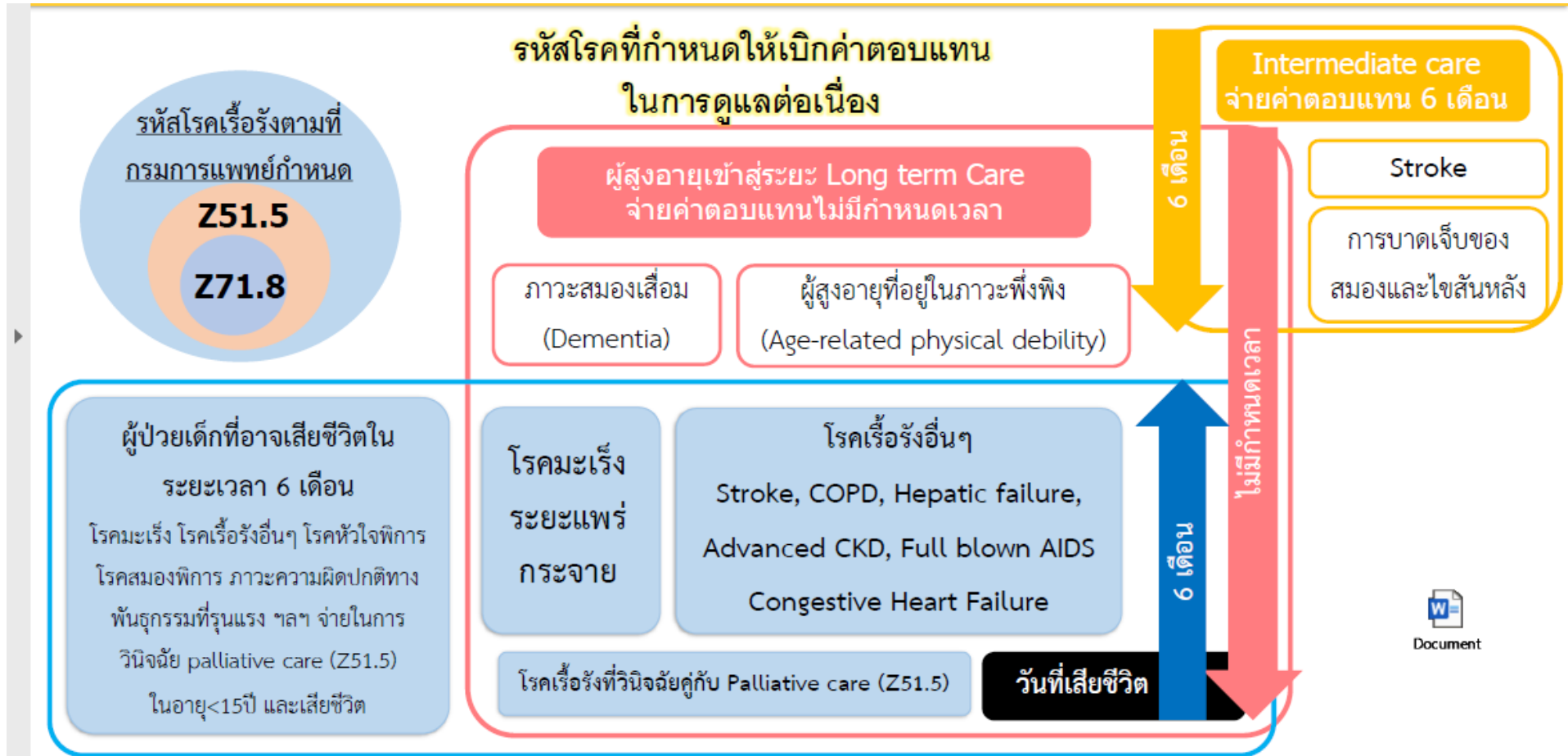


ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ Fix cost (บาท) *	ค่าบริการ รายเดือน (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน 30 วัน	3,000	1,000	4,000
ภายใน 60 วัน	3,000	1,000 + 1,000	5,000
ภายใน 90 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000	6,000
ภายใน 120 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	7,000
ภายใน 150 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000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

1. กลุ่มโรคตามที่กรมการแพทย์กำหนด
2. มีรหัสการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z51.5)
3. มีรหัสการทำ Advance care plan (Z71.8)
4. มีการรายงานกิจกรรมในการดูแลที่บ้าน
5. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากวันลงทะเบียณ ถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง
6. จ่ายให้หน่วยบริการที่มีการจัดทำ Advance care plan และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. อัตรา 1,000 บาท/คน/เดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และหรือไม่เกิน 6 เดือน



ค่ายาOpioid

กลุ่มเป้าหมาย



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



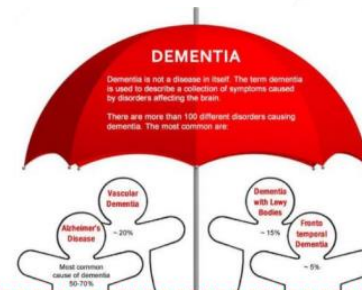
รายการ	เงื่อนไข
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลาที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566

มีระบบการ Authentication
เมื่อเยี่ยมบ้าน

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 ที่ไม่มีโรคร่วมตามรหัสด้านบนถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care (LTC))

บริการ Palliative care

เกณฑ์การขึ้นทะเบียน Opioids



4. มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioid ชนิดออกฤทธิ์ยาว ดังนี้

4.1 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release

4.2 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet sustained release และ/หรือ Morphine capsule sustained release

4.3 ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) รูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการคือ Fentanyl patch

พัฒนาการ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

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

ขยายสิทธิครอบคลุม
“ผู้สูงอายุ และ
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ทุกอายุ ทุกสิทธิ”

ปรับการจัดสรรงบ
“จัดสรรงบประมาณ
กบท. เป็น **6,000 บาท** ไม่
จัดสรรให้หน่วยบริการ
ประจำ”

ปรับการจ่ายตาม
แผนการดูแล
แต่ละบุคคล

เริ่มดำเนินการ ปี 2559

ปี 2563

ปี 2564

ปี 2566



สิทธิประโยชน์

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

รพ.

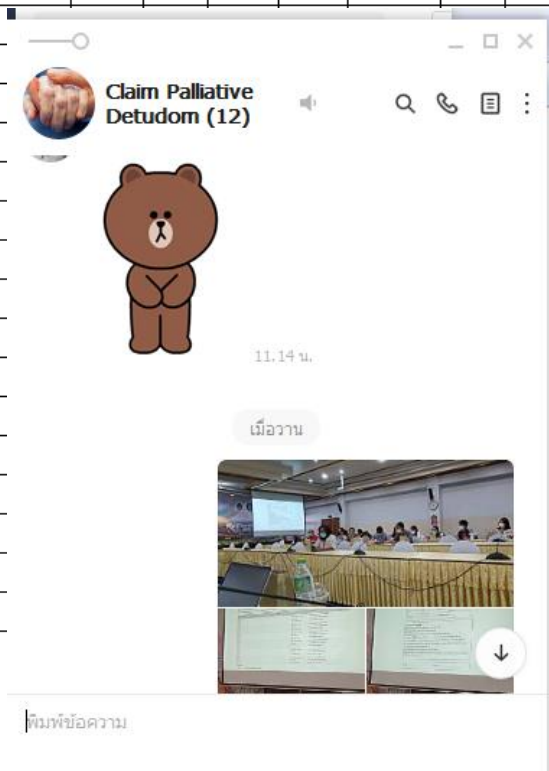
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
REP	ลำดับที่	TRAN_ID	HN	PID	ชื่อ - สกุล	วันเข้ารักษา	MAININSL	เรียกเก็บ	พึงรับ		ยอดคงเหลือ
									OP	Palliative care	๕ พังสน
641100369	1	291914568	000419511			01/11/2021 10:30:00	UCS	2,735.00	0.00	4,750.00	4750
641100369	2	291914569	000440003			17/11/2021 07:54:00	UCS	455.00	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	1	4/11/2563	000078681			4	7	5	16										/
5	3	22/11/2563	000030661						19	17									/
6	4	3/12/2563	000023727						25										
7	5	27/12/2563	000148060					27											
8	6	30/11/2563	000347154						16	11									
9	7	15/1/2564	000114740					19											
10	8	11/11/2563	000268912					18											
11	9	4/2/2564	000436830						9	23									
12	10	17/11/2563	000301089					5											
13	11	5/1/2564	000219797					28	8										
14	13	2/2/2564	000089663						9										
15	14	3/2/2564	000129444						18	19									
16	15	29/1/2564	000429477						4	17									
17	16	29/1/2564	000316212						8	17									
18	17	15/2/2564	000016462						15										
19	18	11/1/2564	000306159					18		21									
20	19	20/1/2564	000320188					20											
21	20	11/2/2564	000306970						11	17									
22	23	18/11/2564	000136295						15										
23	24	19/10/2563	000266363						19	4									
24	25	14/12/2564	000079219						15	19									
25	26	17/2/2564	000437016						17	12									
26	27	18/2/2564	000078513					21		15									



 **นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น**
Online

เมนูหลัก

🏠 Home

📁 ข้อมูลและสถิติ 10 <

📄 รายงานทบทวนปฏิบัติการ

📄 รายงาน End User u

📊 คั้นข้อมูล Data Export <

🔍 ค้นผล LAB

🔍 ข้อมูล Vaccine

🔍 HDC สสจ.อุบลฯ

🔍 ศูนย์สารสนเทศ (HOSWAIS)

📄 คู่มือใช้งาน 4 <

» Create by GHOST «

จำนวนผู้ชม

กลุ่มรายงาน	ชื่อรายงาน	ผู้ขอรายงาน	ผู้จัดทำรายงาน	วันที่ปรับปรุง	ประมวลผล
งานประกันสุขภาพ	รายชื่อผู้ป่วยที่กำส้ง Admit	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-16 09:04:08	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้รับบริการวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ไม่นับ ส อา)	นางมกรินทร์ มุสิกวรรณ วัฒณ์	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 10:20:09	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยAdmit วันทำการ (จ-ศ)	นางมกรินทร์ มุสิกวรรณ วัฒณ์	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 10:07:49	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยAdmit นอกเวลา 08.00-12.00 (ส-อา)	นางมกรินทร์ มุสิกวรรณ วัฒณ์	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 10:04:53	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยAdmit นอกเวลา 16.00-20.00 (จ-ศ)	นางมกรินทร์ มุสิกวรรณ วัฒณ์	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 10:04:53	ทำรายงาน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยAdmit วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00-12.00 (ไม่นับ ส อา)	นางมกรินทร์ มุสิกวรรณ วัฒณ์	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 10:04:53	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-หัวใจล้มเหลว(150)	น.ส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:50	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-ตับล้มเหลว(K70-K72)	น.ส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:48	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-AIDS(B20-B24)	น.ส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:44	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-COPD(J44-J449)	น.ส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอรรถเทพ สมดี	2021-07-15	ทำรายงาน





นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

Online

เมนูหลัก

Home

ข้อมูลและสถิติ 10 <

รายงานทบทวนปฏิบัติการ

รายงาน End User u

ค้นข้อมูล Data Export <

ค้นผล LAB

ค้นข้อมูล Vaccine

ค้น HDC สสจ.อุบลฯ

ค้นยี่สารสนเทศ (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

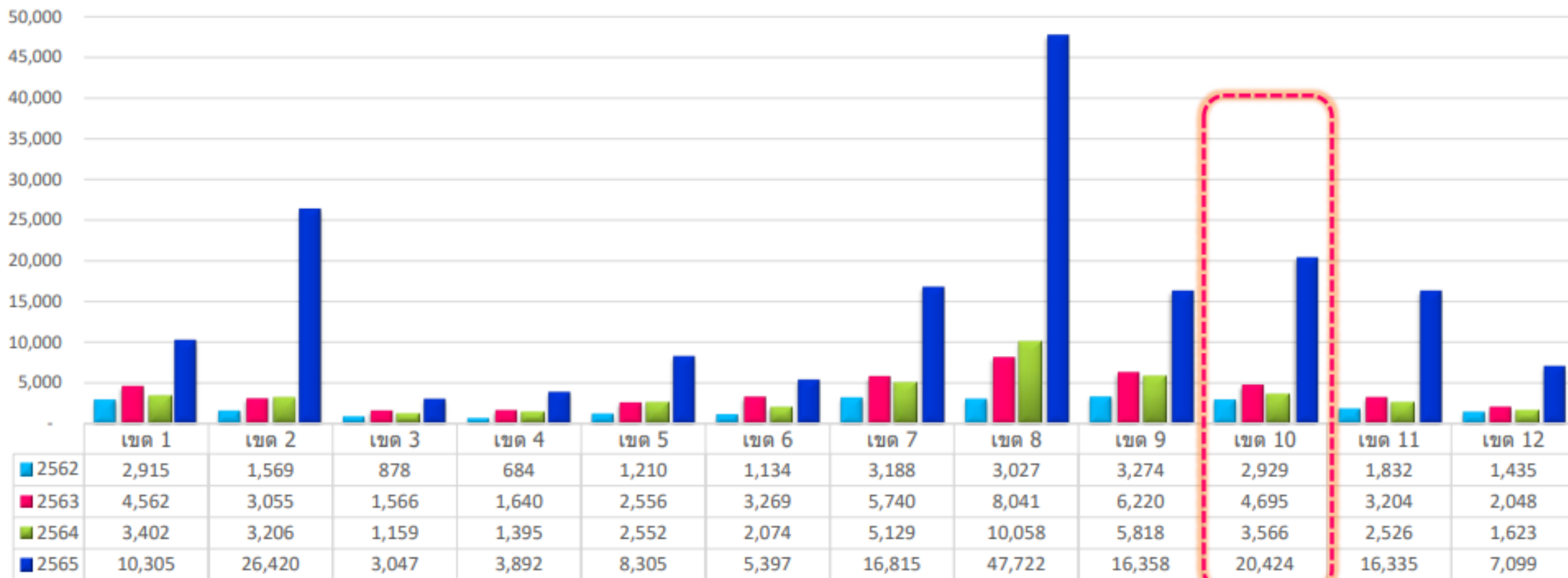
แสดง 10 ▾ รายการต่อหน้า

ค้นหา:

กลุ่มรายงาน	ชื่อรายงาน	ผู้ขอรายงาน	ผู้จัดทำ รายงาน	วันที่ปรับปรุง	ประมวล ผล
งานประกันสุขภาพ	Palliative-CKD(N185)	นส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:38	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-Storke(I60-I69)	นส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:36	ทำรายงาน
งานประกันสุขภาพ	Palliative-มะเร็ง(C00-C96 หรือ D37-D48)	นส.ภิพาวลัย สายงาม	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-15 09:10:33	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (นอกเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาสู	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:20:09	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์ EDC+ปกส. (ในเขต)	นางสาวพัชรียา ประทาสู	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:03:58	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCนอกเขต	นางสาวพัชรียา ประทาสู	นายอัครเทพ สมดี	2021-07-08 15:00:35	ทำรายงาน
แพทย์แผนไทย	จำนวนคนคลอดสิทธิ์UCในเขต	นางสาวพัชรียา ประทาสู	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

จำนวนผู้ป่วย Palliative care แยกรายเขต ปีงบประมาณ 2562-2565



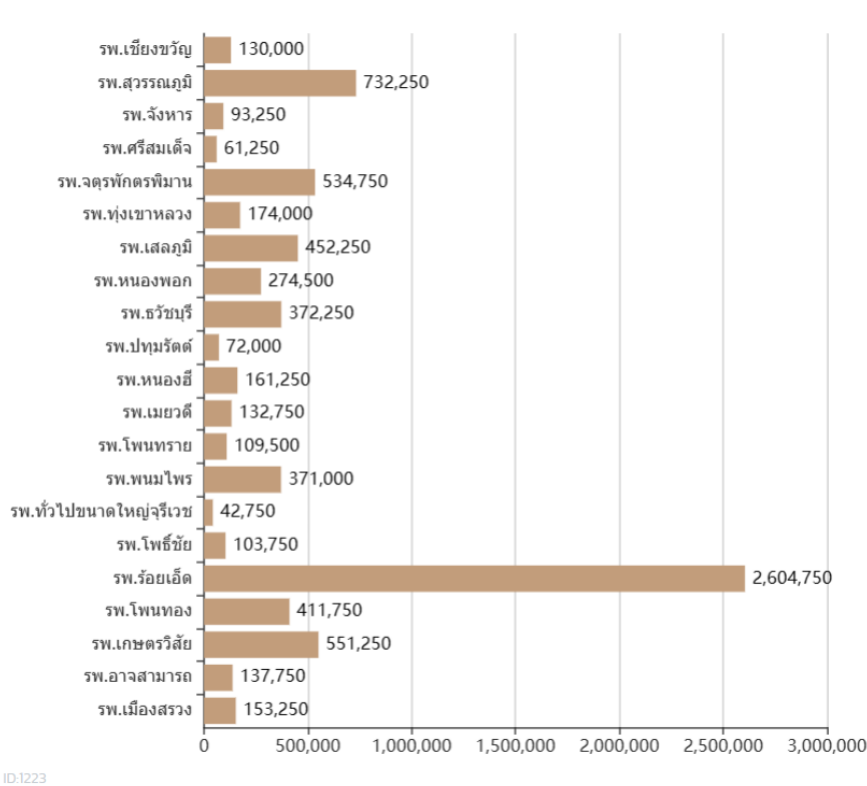
ที่มา : ฐานข้อมูลการจ่ายชดเชย e-claim 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2565 ณ 28 ตุลาคม 2565

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

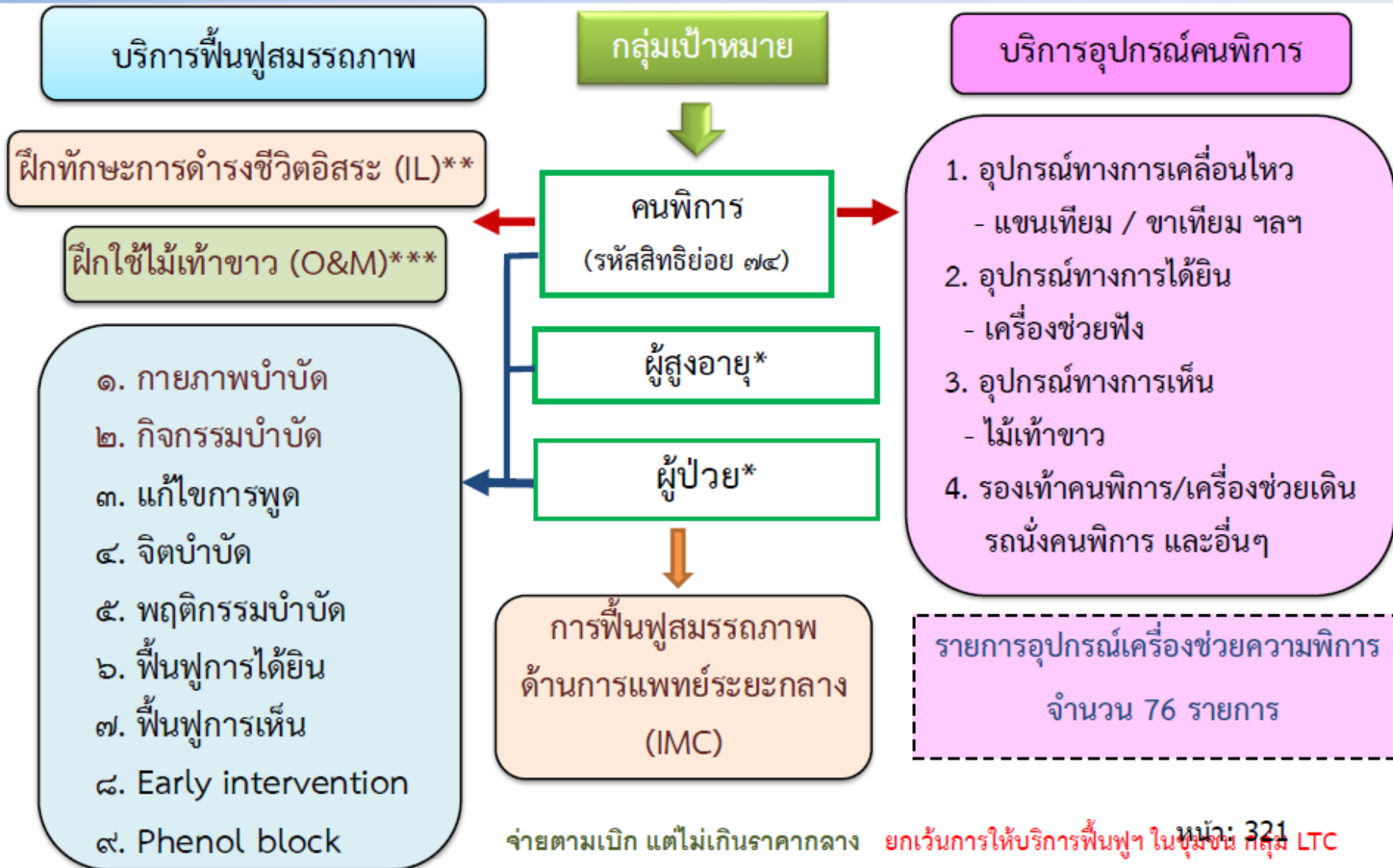
2566



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> หน้า: 325

กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด (ไม่เกิน ๕ บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๙ รายการ และรายการอื่นที่ กก. เห็นชอบ
- ค่าบริการฟื้นฟูฯ ในชุมชน(ฝึกไม่แพ้ขาว / กายภาพบำบัด / กิจกรรมบำบัด)
- ค่าซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วนอุปกรณ์ฯ หรือจัดทำอุปกรณ์ฯเฉพาะ
- 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	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
	Rehab	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
Chronic	TTM	ค่าบริการเพิ่มเติม (บริการแพทย์แผนไทย)
	LTC	ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
Terminal	Palliative care	บริการกรณีเฉพาะ (การดูแลแบบประคับประคอง)

ประเภทการให้บริการ	รหัสบริการ	อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ	จำนวนครั้งที่ให้บริการ	หมายเหตุ
กายภาพบำบัด	H9339	๔๕๐	ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง	- จัดบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนในระยะ ๖ เดือน
กิจกรรมบำบัด	H9383.1	๑๕๐	รวมบริการกิจกรรมบำบัดและแก้ไขการพูด ไม่เกิน ๓๐ ครั้ง	จำนวนรวมทั้ง ๓ บริการ
แก้ไขการพูด	H9375.1	๑๕๐	๓๐ ครั้ง	- ยกเลิกการจ่ายชดเชยพิเศษกรณี IMC-IP

กายภาพ

แพทย์แผนจีน

พยาบาลชุมชน

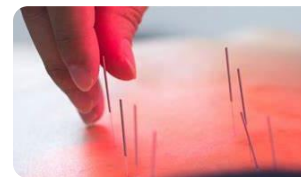
- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 2.สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury : TBI)
- 3.การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI)
4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากก้นทรายนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture)

stroke I60 - I64

TBI S061 - S069

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

FHF S72.-



*กายภาพ 1 คน ทำกิจกรรมไม่เกิน 8 ราย/วัน

*OP กายภาพ 450 บาท/ไม่เกิน 20 ครั้ง /ภายใน 6 เดือน

OP

e-claim+Disability

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

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

OP+IP

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

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ : **กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด และ บริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า**

ระยะ Gloden preroid (6 เดือน หลังพ้นระยะ Acute)

IMC 4 กลุ่มโรค ได้แก่

1. Stroke : I60-I64
2. SCI : S061-S069
3. TBI : S140-S141:S240-S241:S340-S341:S343
4. Fragility Hip fracture :S72.-

Z501	Other physical therapy
------	------------------------

ไม่พึงพิง (Z718 ติดสังคม)
 พึ่งพิงน้อย (Z749 ติดบ้าน)
 พึ่งพิงมาก (Z508 ติดเตียง)

ADP Type 13-ค่าบริการฝังเข็ม

ADP Code IMC:(13-ฝังเข็มแผนไทย)-IMC Intermediate Care

OP

OP

IP

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

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

คัดกรองผู้ป่วยใน

ข้อมูล

ชื่อโครงการ IMC Intermediate care

รหัสค่าใช้จ่าย 3130652 11IMC Intermediate care

ราคาปกติ 0 ราคาพิเศษ 1 0.00 ราคาพิเศษ 2 0.00

รหัส ICD9 IMC Intermediate care

- OP : จ่ายตามผลการกายภาพ OP และชุมชน
- IP : จ่ายตาม DRG V.5...**2 Episode**

การบันทึกหน้า **คำรักษาพยาบาล**

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

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

15	ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ	รายการ
9021801	subcutaneous electro-needling	
9031801	muscle electro-needling	
9991801	electro acupuncture therapy	
9991810	single-handed needle insertion	
9991811	double-handed needle insertion	
	IMC Intermediate care	

การวินิจฉัย Medication วัสดุการ วัสดุที่ใช้จ่าย ข้อมูลการส่งต่อ การนัดหมาย วันเดือนการพิมพ์ งบ Lab Vaccine การคัดกรอง ภาพถ่าย ตรวจวินิจฉัยโรคอื่น การประเมินภาวะสุขภาพ COVID-19

การประเมินภาวะสุขภาพ

รหัสสถานะสุขภาพ

ระดับของสุขภาพ

การตรวจประเมินความพิการทางสุขภาพ

วิธีประเมิน IADL คะแนน 0

การพึ่งพิงอื่นๆ

ovst_functional_dependent_type_name

ไม่พึ่งพิง (Z718 ติดสังคม) BADL 12 ขึ้นไป , IADL 16-20 คะแนน

พึ่งพิงน้อย (Z749 ติดบ้าน) BADL 5-11 , IADL 21-35 คะแนน

พึ่งพิงมาก (Z508 ติดเตียง) BADL 0-4 , IADL 36-48 คะแนน

มี ADL /Barthel index ต่ำกว่า 15 หรือ ถ้า=หรือมากกว่า 15 ต้องมี Multiple impairment อย่างน้อย 2 ใน 5 ด้าน คือ ด้านการกลืน ด้านการสื่อสาร ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านความคิดและการรับรู้ และด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ

ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ

รหัส *

IMC Intermediate care

หน่วย

ครั้ง

ราคากลาง

0.00

จำนวน *

1

พึงเบิกได้

0.00

ขอเบิก *

0.00

รหัสแผนกที่รับบริการ

รหัสแผน... XX

ชื่อแผนกที่รับบริการ

ชื่อแผนกที่รับบริการ

Barthel Index

15



กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

Mapping 5 ข้อ

1. ตรวจสอบตาราง ICD10 ที่มี 4 กลุ่มโรค
 2. ตรวจสอบตาราง ICD9cm1 IMC แล้วเพิ่มในหัตถการผู้ป่วยใน
 3. ตรวจสอบตาราง กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก๊ซการพูด และ บริการฟื้นฟูร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า
 4. ตรวจสอบตาราง ADP Type (13-ค่าบริการฟื้นฟู)
 5. ตรวจสอบตาราง ADP Code (MC Intermediate Care)
- หมวด 14 ค่าบริการทางการแพทย์บำบัด และรายการเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- หมวด 15 ค่าบริการฟื้นฟูอื่นๆ และอื่นๆ

ผู้ป่วยนอก ลงใน One Stop service

1. กายภาพ ลง หัตถการ และค่ารักษาพยาบาล
2. การประเมินภาวะสุขภาพ และ BADL

การวินิจฉัย Medication หัตถการ อุปกรณ์ช่วย ข้อมูลการส่งต่อ การนัดหมาย หัตถการ หัตถการ หัตถการ Lab Vaccine การคัดกรอง **กายภาพ** ตรวจวินิจฉัยโรคเชื้อ **การประเมินภาวะสุขภาพ**

การประเมินภาวะสุขภาพ

รหัสสถานะสุขภาพ

ระดับของภาวะสุขภาพ

การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

วิธีประเมิน **Barthead ADL Index** คะแนน 0

ภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ

Barthead ADL Index

IADL

Mental State Examination

Other

Unspecified

ภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ

ovst_functional_dependent_type_name

ไม่พึ่งพิง

พึ่งพิงน้อย

พึ่งพิงมาก

ไม่พึ่งพิง (Z718 ติดตั้งลม)

พึ่งพิงน้อย (Z749 ติดบ้าน)

พึ่งพิงมาก (Z508 ติดเตียง)

BADL 12 ขึ้นไป, IADL 16-20 คะแนน

BADL 5-11, IADL 21-35 คะแนน

BADL 0-4, IADL 36-48 คะแนน

1 Query Builder Open Table icd10 Run Exec

ทำงานกับ Master : 192.168.231.11:dud_hosxp Last replicat

Query Table Process List Script Options

select * from icd10

2 Drag a column header here to group by that column

code name

I60 Subarachnoid haemorrhage

Query Builder Open Table icd9cm1 Run Exec

ทำงานกับ Master : 192.168.231.11:dud_hosxp Last replicat

Query Table Process List Script Options

select * from icd9cm1

Drag a column header here to group by that column

code name export_proced

IMC IMC N

หัตถการผู้ป่วยใน

ข้อมูล

ชื่อหัตถการ 14บริการIMC(Intermediate Care)

รหัสค่าใช้จ่าย 3005654 ต้น 14บริการIMC

ราคาปกติ 0.00 ราคาพิเศษ 1 0.00 ราคาพิเศษ 2 0.00

รหัส ICD9 IMC ต้น IMC

ผู้ป่วยใน ลงใน Drug Profile

ลำดับ	ชื่อเวชภัณฑ์	จำนวนเบิก	จำนวนจ่าย	คงเหลือ	วิธีใช้
1	7Hb A1C, blood	1	0		
2	7Glucose, blood(การใช้เครื่องตรวจน้ำตาล	1	0		
3	14Strengthening exs.	1	0		
4	14ADL training	1	0		
5	7Phosphorus, blood	1	0		
6	8Portable x ray คีจิกัล	1	0		
7	14Ward program	1	0		
8	7CBC (+ diff. + RBC morphology + pl	1	0		
9	7Lipid profile@ (Cholesterol, HDL-cho	1	0		
10	1ค่าห้องและค่าอาหาร เคียงสามัญ(400)	1	0		
11	12ค่าบริการพยาบาล ผู้ป่วยใน	1	0		
+	14บริการIMC	1	0		

3 แพทย์แผนไทย

การบำบัด	15single-handed needle insertion	9991810	150.00	0	15single-handed needle insertion
การบำบัด	15double-handed needle insertion Electro-acupuncture	9991811	150.00	0	15double-handed needle insertion
การบำบัด	15electro acupuncture therapy	9991801	150.00	0	15electro acupuncture therapy
การบำบัด	15subcutaneous electro-needling	9021801	150.00	0	15subcutaneous electro-needling
การบำบัด	15muscle electro-needling	9021801	150.00	0	15muscle electro-needling

รายการเวชศาสตร์ฟื้นฟู

☐ กายภาพบำบัด ☐ กิจกรรมบำบัด

กายภาพบำบัด	Peripheral joint Mobiliz	120 14Peripheral joint Mobilization/Manipulation (		9316	Mobilization of other joint
กายภาพบำบัด	Vertebral joint Mobiliza	120 14Vertebral joint Mobilization/Manipulation(w		9315	Mobilization of spine
กายภาพบำบัด	Bandaging	100 14Bandaging		9323	Fitting of orthotic device
กายภาพบำบัด	Kinematic Linkage tech	80 14Kinematic Linkage technique		9339	Other physical therapy
กายภาพบำบัด	Shock wave	100 14Shockwave		9339	Other physical therapy
กิจกรรมบำบัด	CP program	100 14CP program		9383	Occupational therapy
กิจกรรมบำบัด	Relaxation training	80 14Relaxation training		9383	Occupational therapy
กิจกรรมบำบัด	ADL training	80 14ADL training		9383	Occupational therapy
กิจกรรมบำบัด	Balance training	80 14Balance training		9339	Other physical therapy
กิจกรรมบำบัด	Coordination exercise	80 14Coordination exercise		9339	Other physical therapy
กิจกรรมบำบัด	Amputation training	80 14Amputation training		9319	Exercise, not elsewhere
กิจกรรมบำบัด	Hand function	80 14Hand function		9383	Occupational therapy

รายการค่ารักษาพยาบาล

แสดงรายการในกลุ่ม 14ค่าบริการทางกายภาพบำบัด ค้นหา 12บริการIMC

ADP Type 13-ค่าบริการฟื้นฟู

ADP Code IMC:(13-ฟื้นฟูแผนไทย)-IMC Intermediate Care

4

5

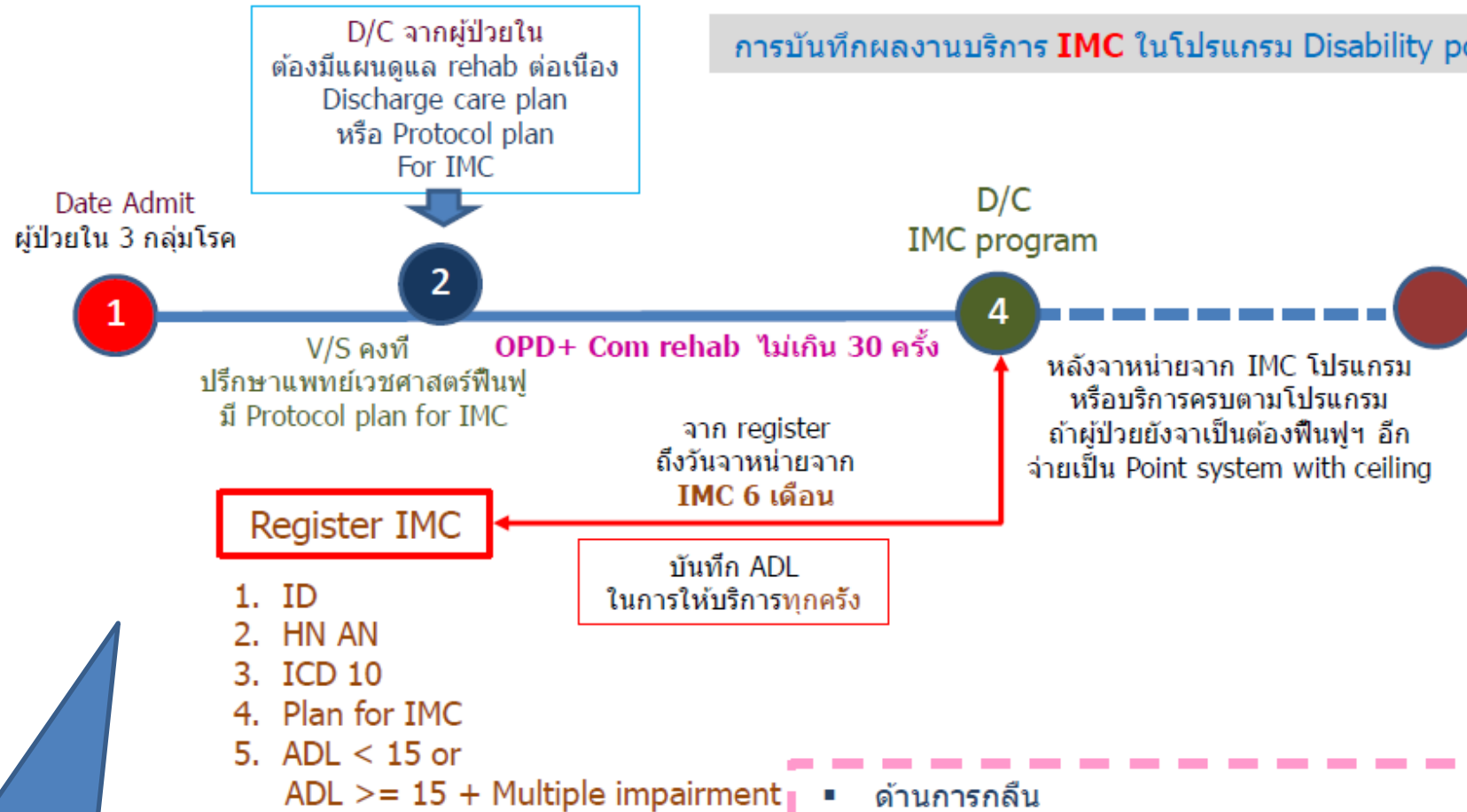
13. บุรณการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับบริการฟื้นฟู และแพทยแผนไทย

บริการที่มีการ
เปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	- บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย - บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) - บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง - กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค - 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 ตามอัตรากรณีในเขต ข้ามเขต โดยกรณีรักษาในหน่วยบริการเดียวกันตั้งแต่ระยะ acute จนถึง IMC จะจ่ายเหมือนกรณีแยกเป็น 2 episodes -บริการ OP ตามรายการ FS ที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

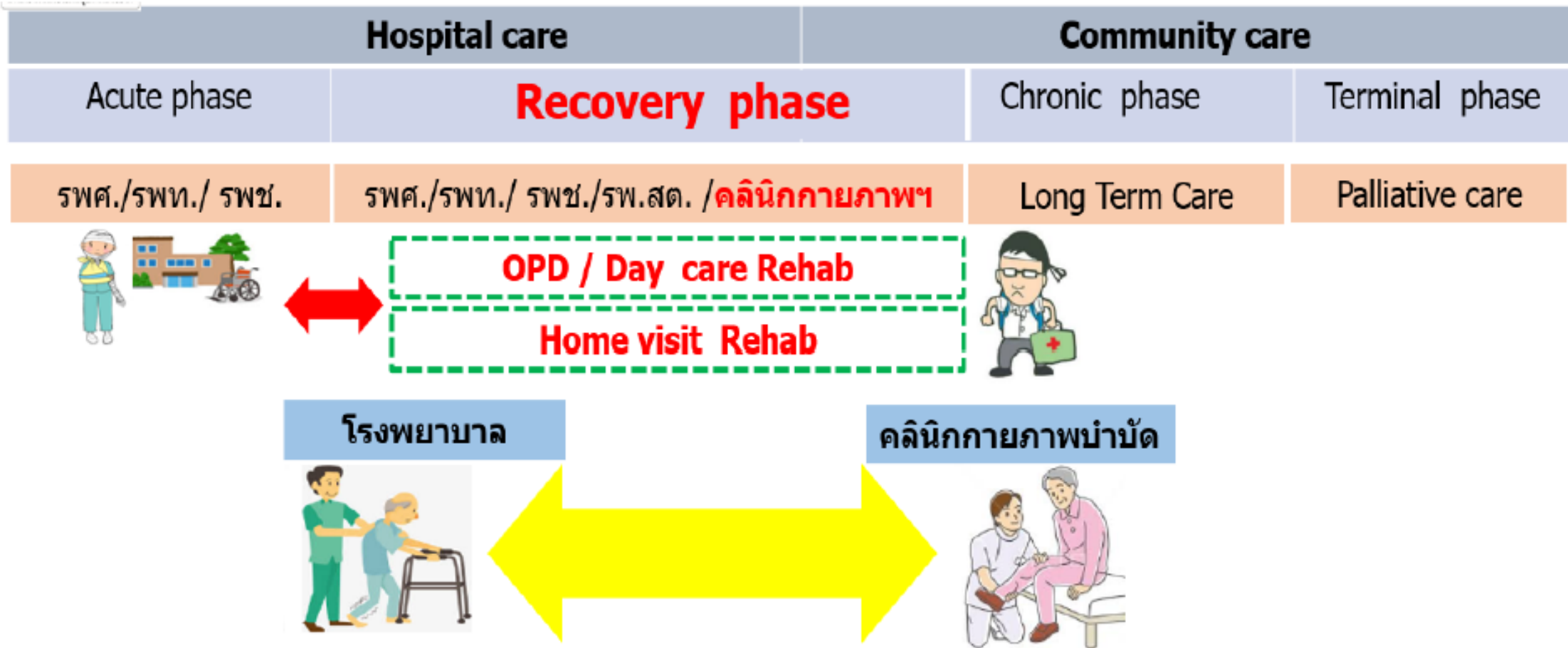
ลำดับการจัดบริการ IMC

การบันทึกผลงานบริการ **IMC** ในโปรแกรม Disability portal



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 + แก้ไขการพูด ไม่เกิน 10 ครั้ง (เฉพาะในโรงพยาบาล)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการชดเชยค่าบริการ เป็น Point system with ceiling

- ผู้ป่วยหลังพ้นระยะ Golden period 6 เดือน (นับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน 180 วัน)
- บริการครบตามโปรแกรม (กายภาพบำบัด 20 ครั้ง / กิจกรรมบำบัดและหรือแก้ไขการพูด 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	สปสช.จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด 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	อัตราค่าใช้จ่าย 9,000 บาทต่อคน (1 คนเข้ารับการได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น) รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น 2 รูปแบบ 1 กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละไม่เกิน 15 คน อัตราส่วนของครูฝึก 1 คนต่อผู้เข้ารับการบริการ 5 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อคน โดยให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน 2 กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้รับบริการรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับการบริการรายกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม 80 ถึง 120 ชั่วโมง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการมาคุณสมบัติ ดังนี้ 1. ผ่านการรับรองตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน(O&M Instructor) จำนวน ไม่น้อยกว่า 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6 ถึง 8 สัปดาห์จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม 2. จัดให้มีบริการหรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฝึกทักษะ การดำรงชีวิต อิสระสำหรับคน พิการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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 หน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึก Achieve goal ในระบบ Disability 2. ครั้งที่ 2 เหม่าจ่าย จำนวน 5,000 บาท เมื่อหน่วยบริการดำเนินการครบตามกำหนด บันทึกผล การดำเนินงาน และ Achieve goal ในระบบ Disability	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่เป็น ศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไป	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการ จัดบริการ
	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

ร.ย.	ประเภทการรับบริการ	รหัสบริการที่รับ	ชื่อบริการที่รับ	เริ่ม	สิ้นสุด	ICD10	ICD9	ราคากลาง (ต่อหน่วย)	ค่าบริการ (ต่อหน่วย)	ราคาที่จ่ายจริง (ต่อหน่วย)	ส่วนต่าง (ต่อหน่วย)	จำนวน	รวมราคา ที่ขอเบิก	รวมราคา ที่พึงเบิกได้	วันที่บันทึก
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			M4807, G839	9311	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			G839, Z501	9339, 9322	150		150	0	1	150	150	01/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			M4807, G839	9311	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			M171, G839	9322	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			Z501, N188	9311, 9322, 9339	150		150	0	1	150	150	04/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	04/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	08/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			Z8952	9311, 9322, 9339	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			G510	9311, 9334, 9335	150		150	0	1	150	150	05/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			I639	9339, 9311, 9322	150		150	0	1	150	150	06/09/2566
	ผู้ป่วยนอก	H9339	ภาษาภาพนำมัล			Z8952	9311, 9339	150		150	0	1	150	150	06/09/2566

การตรวจสอบข้อมูลบริการ

B เลือกหน่วยบริการ

C แสดงรายงานหน้าจอ

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 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู อื่นๆ	3,923	1,147,050

งบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget)

งานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายก

เขตพื้นที่ เขต 10 ลุมพราษธานี จังหวัด ลุมพราษธานี

หน่วยบริการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

Batch No. 0974

ข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2563 เวลา 21:13

^{๙๙} ติดต่อผู้รับผิดชอบ/สอบถามข้อมูลรายละเอียดการโอนเพิ่มได้ ณ กรมการค้าภายใน คอสมันน์ ๓

กองทุนย่อยเฉพาะด้าน	จำนวนเงิน	ระดมการ โอน	หักเงิน ค้าง	หักประกัน สัญญา	ภาษีหัก ณ ที่ จ่าย	คงเหลือเงินที่ จ่าย	จำนวนเงินรอหัก กลับ	Do la ว ก ค ล	หมายเหตุ ผู้ติดต่อ
8 ค่าใช้จ่ายบริการที่ศูนย์และ อุปกรณ์	69,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00	69,750.00	0.00		
	69,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00	69,750.00	0.00		

A: seamlessfordmis

B: ผู้ติดต่อ

ถ้ามี 10 ภาชนะใส่ผลไม้ดังนี้

1. คุณศีกาภา นิลนงษ์ โทร 0614212118 e-mail
sietakal.n@nhso.go.th



นายพิทักษ์ชัย จิตรมัน

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 11	ชื่อรายงาน 11	ผู้ขอรายงาน 11	ผู้จัดทำรายงาน 11	วันที่ปรับปรุง 11	ประมวลผล 11
งานประกันสุขภาพ	IMC(T90-T91)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:54:22	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(R27-R48)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:42:47	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(G81-G83)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	นายอัครเทพ สมดี	2021-06-18 15:35:11	ทำรายงาน 🔄
งานประกันสุขภาพ	IMC(I60-I64)	น.ส.ศรัญญา เพ็ชรขาว เขียว	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

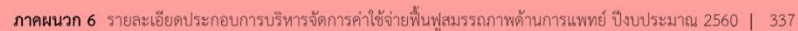
เมนูหลัก

 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

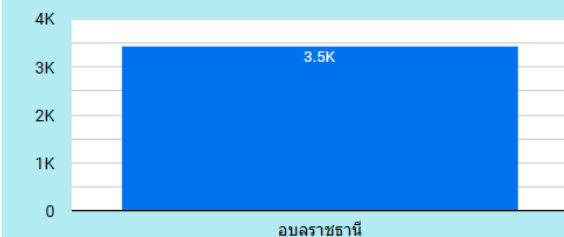
จ่ายชดเชย (บาท)

3,450.00

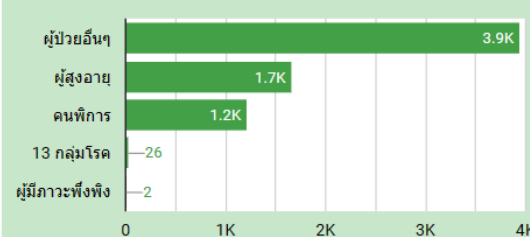
จังหวัด: อุบ... (1) ▾

หน่วยจ่าย ▾

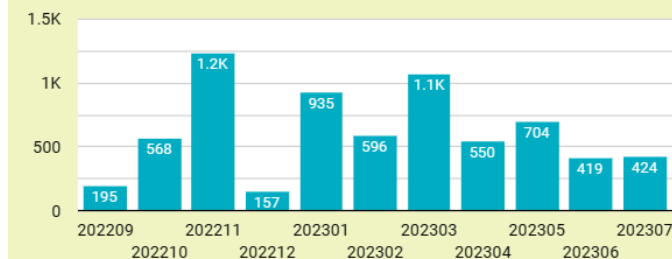
จำนวนจ่ายชดเชย รายจังหวัด (บาท)



จำนวนบริการ รายการเป้าหมาย (ครั้ง)



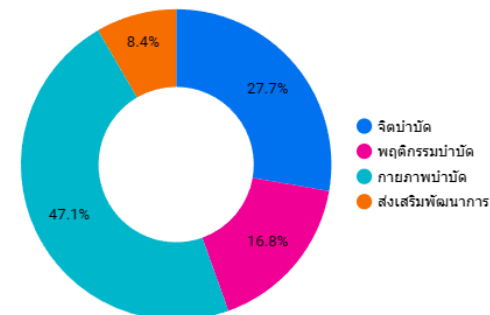
จำนวนบริการที่จัดส่งรายเดือน (ครั้ง)



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 มหาวชิราลงกรณ	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

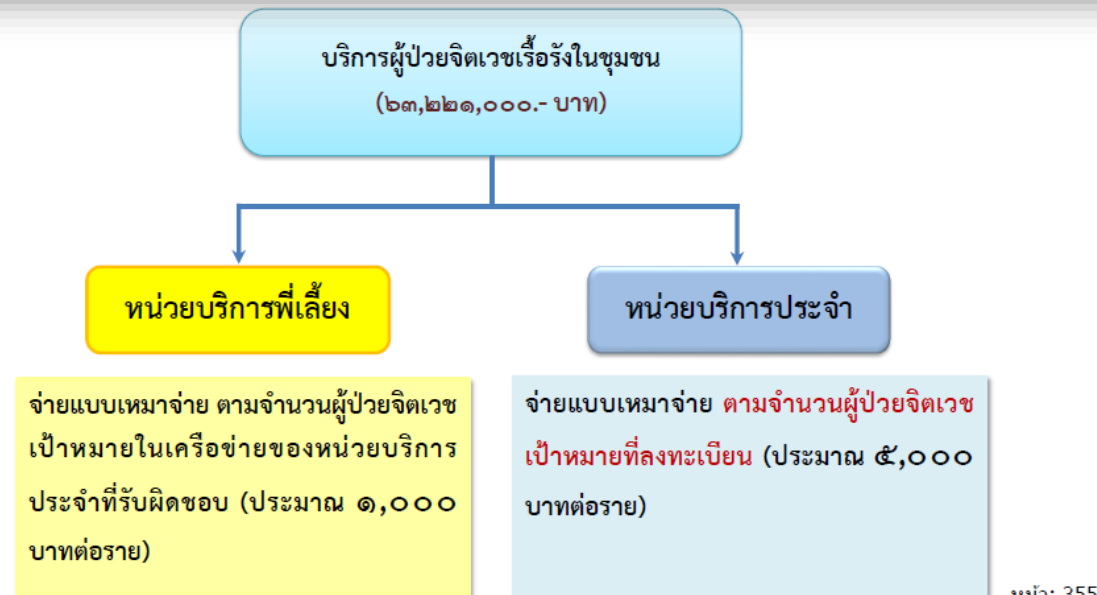
กิจกรรมบริการ	ครั้ง ▾	บาท
H9449.1 : จัดบำบัด (รหัสรายบุคคล)	5,688	-
H9433.1 : พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	508	-
H9339 : กายภาพบำบัด	498	3,450
H9438.1 : Early Intervention (รหัสรายบุคคล)	156	-
H9433.2 : พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายกลุ่ม)	2	-
รวมทั้งหมด	6,852	3,450

สัดส่วนบริการฟื้นฟูฯ จำแนกกิจกรรม



ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



หน้า: 355

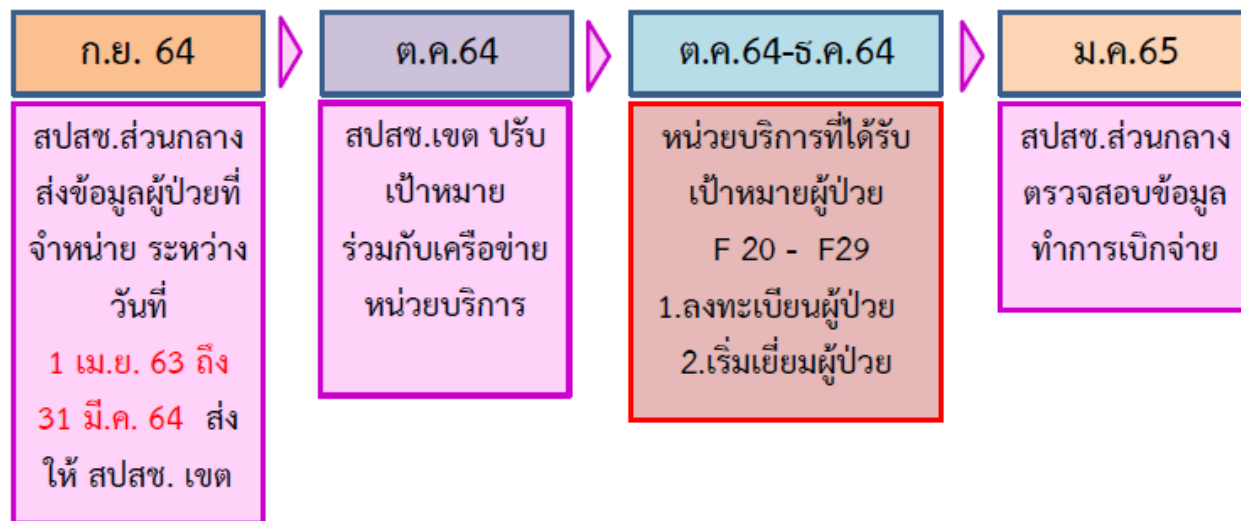
จังหวัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		
	จัดสรร	ผลงาน	OPD&IPD*	เป้าหมาย	ปรับเกลีย
ศรีสะเกษ	๒๙๙	๒๙๘	๑๔,๑๑๘	๓๓๗๗	๒๙๙
อุบลราชธานี	๔๖๓	๔๖๒	๑๒,๓๐๖	๓๒๙	๓๖๑
ยโสธร	๑๗๕	๑๗๕	๕,๑๗๘	๑๓๘	๑๓๘
อานาจเจริญ	๑๒๘	๑๒๘	๓,๓๑๕	๘๙	๑๒๐
มุกดาหาร	๑๕๘	๑๕๘	๓,๙๒๗	๑๐๕	๑๒๐
รวม	๑,๒๒๓	๑,๒๒๑	๓๘,๘๔๔	๑,๐๓๘	๑,๐๓๘

* จำนวนผู้ป่วยจิตเวช [F20-F29] OPD & IPD ที่ D/C ออกจาก รพ. ช่วง ๑ เม.ย. ๖๓ - ๓๑ มี.ค. ๖๔

** จำนวนจัดสรรรายจังหวัด ปรับเกลีย ระดับเขต ณ วันที่ ๒๐ ต.ค. ๖๔

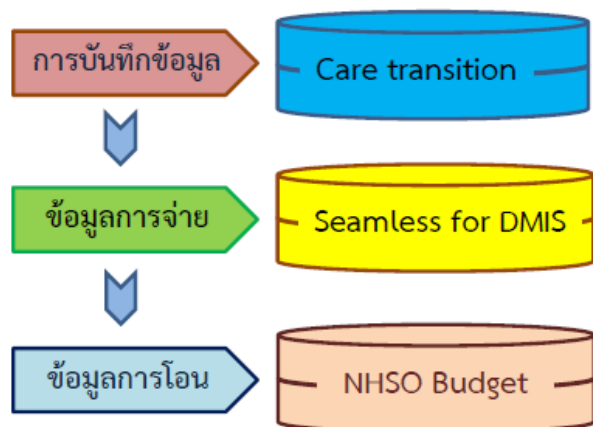
การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
5.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษา โรคเรื้อรัง ค่าบริการจิตเวชใน ชุมชน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	จ่ายตามการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ตาม จำนวนเป้าหมายที่ สปสช.จัดสรรให้หน่วยบริการ	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC โดยลงทะเบียนในระบบ care transition	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ ที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง และ ให้บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหมาะจ่ายค่าบริการตามจำนวนที่ลงทะเบียน 1.หน่วยบริการพี่เลี้ยง เหมาะจ่าย 1,000 บาท/ราย 2.หน่วยบริการประจำ เหมาะจ่าย 5,000 บาท/ราย	งวดที่ 1 : จ่ายร้อยละ 50 ให้หน่วยบริการที่จัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน จ่ายร้อยละ 80 ให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง งวดที่ 2 : ตามผลงานบริการของหน่วยบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติม จ่ายร้อยละ 50 ให้หน่วยบริการที่จัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน จ่ายร้อยละ 20 ให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง - หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายงวดที่ 2 เมื่อหน่วยบริการ มีผลงานการติดตาม เยี่ยมครบ 6 ครั้ง หรือผลงาน มากกว่า 3 ครั้ง เฉพาะในกรณีมีผลงานการ ติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 พบข้อมูลรายงานว่าผู้ป่วยเสียชีวิต - หากหน่วยบริการตาม มีผลงานน้อยกว่า 3 ครั้ง หน่วยบริการที่จัดบริการ และหน่วยบริการพี่เลี้ยงต้องคืนค่าใช้จ่ายของงวดที่ 1 ให้สำนักงาน
	โปรแกรม	care transition	คงเดิม



* ลงทะเบียนและบันทึกผลงานติดตามเยี่ยม ในระบบ Care Transition (รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์)

** หน่วยบริการที่เลี้ยงจัดทำแผนงาน/โครงการ ดำเนินงาน และสรุปรายงานส่ง สปสช.เขต



← → ↻ Not secure | seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/report/summary.jsf

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

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่าย

DMIS ☒ REP

ชื่อผู้ใช้/รหัสผ่าน

REP - รายงาน REP แบบ SUMMARY

โครงการ : ระบบสารสนเทศการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

จังหวัด : อุบลราชธานี หน่วยบริการ : 11443 - รพ.เดชอุดม -

รอบ : 2564 /

รายละเอียด

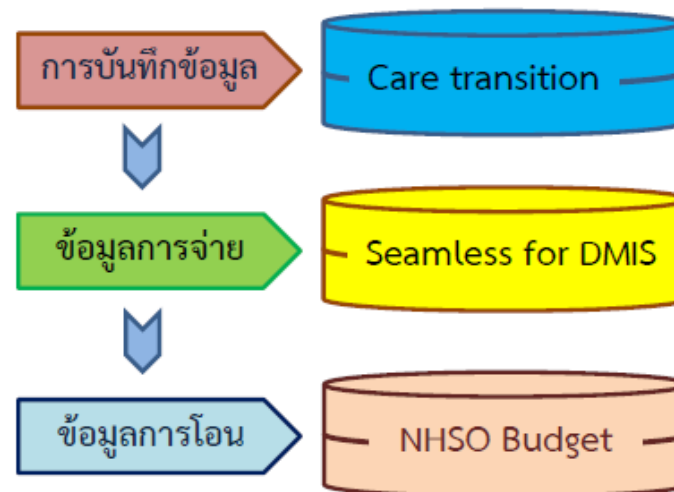
(1 - 9 of 9)

Download รายงาน	เขต	จังหวัด	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	งวด/เลขที่เบิกจ่าย	REP
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DDSA6431090031,DDSA...	DDSA6409
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DDSA6430080030	DDSA6408
	เขต 10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	11443	รพ.เดชอุดม	DDSA6428070028	DDSA6407



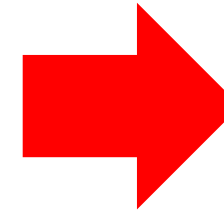
ระบบสารสนเทศการให้บริการฟื้นฟู

สมรรถภาพ

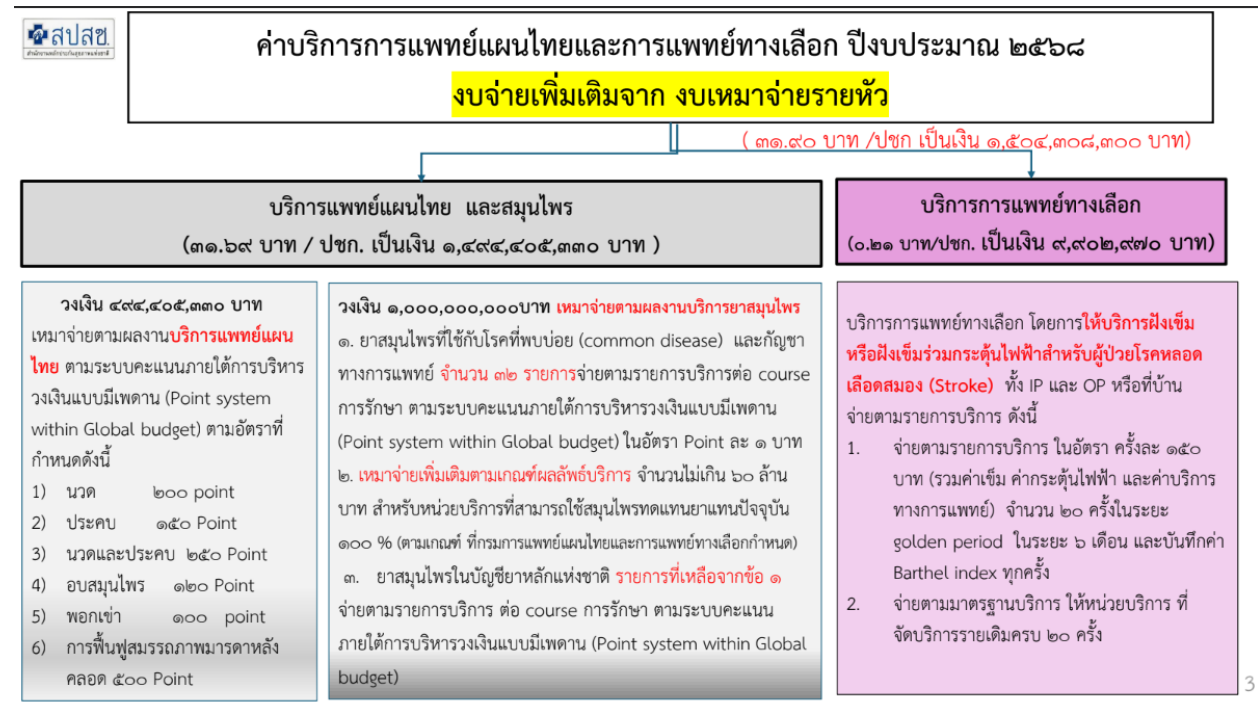
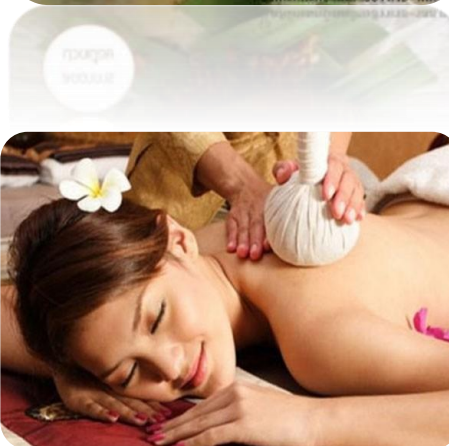


วันที่รับบริการ	ลำดับที่	รายการประเภทที่ขอเบิก	เรียกเก็บ				ลำช้า (PS)		มูลค่า
			จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคาขอเบิก	รวมเงินที่ขอ	PC CODE	%	
14/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	เรียงลำดับจาก ก ถึง ข		0.00	300.00	0		150.00
17/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	เรียงลำดับจาก ข ถึง ก		0.00	300.00	0		150.00
17/05/2021	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)	☒ (เลือกทั้งหมด)		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	☒ กายภาพบำบัด		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	☒ กายภาพบำบัด_IMC		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	1	จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)	☒ จิตบำบัด (รหัสรายบุคคล)		0.00	300.00	0		150.00
31/05/2021	2	พฤติกรรมบำบัด (รหัสรายบุคคล)	☒ 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

การบริหารงบประมาณแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



2566



3

5.แพทย์แผนไทย

19.16

0.16

0.8%

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

รหัสบัตรประชาชน	วันที่เข้ารับบริการ	วันที่ส่งข้อมูล	ประเภทการบริการ	รหัสอ้างอิงจากแฟ้ม SERVICE	รหัสเหตุการณ์การแพทย์ไทยที่จ่าย	รหัสเหตุการณ์การแพทย์แผนไทยที่ไม่จ่าย	วันที่เสียชีวิต	เพศ	สิทธิหลัก	หน่วยบริการประจำ	หน่วยบริการปฐมภูมิ	รหัสเหตุการณ์ที่ส่งทั้งหมดในวันรับบริการเดียวกัน	ประเภทกิจกรรมที่ส่งเบิกชดเชย					มีการส่งรหัสวินิจฉัยโรค	แจ้งผลการตรวจสอบข้อผิดพลาดของข้อมูล	สรุปผลการตรวจสอบเบื้องต้น	วันที่รับบริการอยู่ในปีงบประมาณ
													ขนาด	ประเภท	อบ	ขนาดและประเภท	ดูแลมารดาหลังคลอด				
3250500076335	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163615	5907811, 9007800			ชาย		10816	01790	5907811, 9007800	✓		✓			✓	TT305	×	2568
3199900258057	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	00000014163686	8747811, 9007800			หญิง				8747811, 9007800	✓		✓			✓	TT005,TT305	×	2568
3250500086829	01/10/2567	25/11/2567	ในสถาน	4163616	5907811, 9007800			หญิง		10816	01790	5907811, 9007800	✓		✓			✓	TT305	×	2568
						9007998		หญิง		10816	01790	9007998						✓	TT305,TT022	×	2568
						9007998		หญิง		10816	01792	9007998						✓	TT305,TT022	×	2568
					5907811, 9007800			หญิง				5907811, 9007800	✓		✓			✓	TT005,TT305	×	2568
					8737811, 9007800			หญิง		10816	01790	8737811, 9007800	✓		✓			✓	TT305	×	2568
3191100204885	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	00014163681		9007998		หญิง		10816	01790	9007998						✓	TT305,TT022	×	2568
3191100515961	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163574	5907811, 5907820			ชาย		10816	01793	5907811, 5907820				✓		✓	TT305	×	2568
3191100515961	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163574		9007998		ชาย		10816	01793	9007998						✓	TT305,TT022	×	2568
3191100528672	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163728	8747811, 9007800			หญิง		10661		8747811, 9007800	✓		✓			✓	TT005,TT305	×	2568
3191100252057	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163547	5907811, 5907820			หญิง		10816	01792	5907811, 5907820				✓		✓	TT305	×	2568
3191100181885	01/10/2567	25/11/2567	ในสถานบริการ	SE68000000014163538	5907811, 5907820			หญิง		10816	10816	5907811, 5907820				✓		✓	TT305	×	2568
3191100181885	01/10/2567	25/11/2567	ในสถาน	SE68000000014163538		9007998		หญิง		10816	10816	9007998						✓	TT305,TT022	×	2568

43 แฟ้ม เลย
จำเป็นต้อง ปิดสิทธิ

รหัสเบิก และการกำหนดค่าในการนำเข้าข้อมูล 16 แพ้ม

16 แพ้ม	TYPE	CODE	CODE_NAME
ADP	TYPE= 3	HERB1	1. ฟ้าทะลายโจร
ADP	TYPE= 3	HERB2	2. ขมิ้นชัน
ADP	TYPE= 3	HERB3	3. ประสมมะแว้ง
ADP	TYPE= 3	HERB4	4. ยาแก้อิโอมะขามป้อม
ADP	TYPE= 3	HERB5	5. ยาโพล
ADP	TYPE= 3	HERB6	6. เลาวัลย์เปรียง
ADP	TYPE= 3	HERB7	7. ยาประคบ เฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้านเท่านั้น
ADP	TYPE= 3	HERB8	8. ยาธาตุนอกเขย
ADP	TYPE= 3	HERB9	9. ยาสดัธราธา

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

รหัสรายการ

- HERB1 1. ฟ้าทะลายโจร
- HERB2 2. ขมิ้นชัน
- HERB3 3. ประสมมะแว้ง
- HERB4 4. ยาแก้อิโอมะขามป้อม
- HERB5 5. ยาโพล
- HERB6 6. เลาวัลย์เปรียง
- HERB7 7.ยาประคบ เฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้านเท่านั้น
- HERB8 8. ยาธาตุนอกเขย



หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณี บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ปีงบประมาณ 2568
ตามประกาศฯ แพทย์แผนไทย พ.ศ. 2568

วันที่ 10 เมษายน 2568

NationalHealthSecurityOffice-NHSO-www.nhso.go.th



หลักการบริหารค่ายาสมุนไพร (จ่ายเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัว)

๑. การจ่ายชดเชยค่ายาสมุนไพร ED จะจ่ายตามรายการบริการต่อ course การรักษา โดยต้องเป็นไปตามแนวทางการรักษาและขนาดการใช้ยา ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ กำหนด
๒. course การรักษา เป็นการเหมาจ่ายเฉลี่ยการรักษาต่อคนต่อครั้งต่อรายการยา (ผป.แต่ละคน อาจได้รับยาเดียวกันในแต่ละครั้ง ในขนาดที่แตกต่างกันได้)
๓. การจัดบริการและบันทึกเพื่อเรียกเก็บชดเชยค่าบริการยาสมุนไพร ขนาดการสั่งใช้ยาเป็นไปตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ กำหนด (ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่า minimum dose)
๔. กรณีหน่วยบริการสมัครเข้าร่วมรับบเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ ต้องไม่จ่ายยาแผนปัจจุบันตามรายการที่ รพ.กำหนด (หากพบว่ามีมีการจ่ายยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย จะไม่ได้รับการชดเชยค่าบริการสมุนไพร)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

ประกาศา พ.ศ. 2567 วันที่ 1 ต.ค.66 - 28 กพ.68	ประกาศา พ.ศ. 2568 เริ่ม 1 มี.ค. 68
1. บริการแพทย์แผนไทย(Point system within Global budget) (2 งวด) 1.1 บริการนวด (เขต 1-12 ระบบ 43 แพ้ม และ เขต 13 E-Claim) 1.2 บริการประคบ 1.3 บริการนวดและประคบ 1.4 บริการอบสมุนไพร 1.5 บริการพอกเข้า เริ่ม 1.6 บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด หมายเหตุ : กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการสำหรับหน่วยบริการมาตรา 3 (หน่วยบริการภาคประชาชน) จ่ายอัตรา Point ละ 1บ. (Disability)	1. บริการแพทย์แผนไทย (Point system within Global budget) (1 งวด) 1.1 บริการนวด (เขต 1-12 ระบบ 43 แพ้ม และ เขต 13 E-Claim) 1.2 บริการประคบ 1.3 บริการนวดและประคบ 1.4 บริการอบสมุนไพร 1.5 บริการพอกเข้า 1.6 บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด หมายเหตุ : กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการสำหรับหน่วยบริการมาตรา 3 (หน่วยบริการภาคประชาชน) จ่ายอัตรา Point ละ 1 บาท (Disability)
1.7 บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อื่นๆ (43 แพ้ม , E-Claim) อัตรา 25 Point/รายการยา (2 งวด) 2. ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน 9 รายการ (E-Claim) (HERB1 - HERB9) 3. บริการกัญชาทางการแพทย์ (ระบบบัญชียา จ.2)	2. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบบ E-Claim) 2.1. ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และ กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 32 กลุ่ม 47 รายการ จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา อัตรา Point ละ 1 บาท (เดือนละ 2 ครั้ง) 2.2. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากข้อ 2.1 จำนวน 55 กลุ่ม 56 รายการ จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา แบบ Point system within Global budget (1 งวด) 2.3. เหม่าจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ กำหนด จำนวนไม่เกิน 60 ล้านบาท
4. บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (E-Claim)	3. บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (E-Claim)

ประกาศฯ กรณี บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ.2568 เริ่ม 1 มี.ค. 68

บริการแพทย์แผนไทย		บริการแพทย์ทางเลือก
1. หัตถการแพทย์แผนไทย	2. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	3. บริการฝังเข็ม (คงเดิม)
1.1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 1.2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 1.3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 1.4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 1.5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง 1.6. ฟันฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง หมายเหตุ 1.1-1.6 จ่ายตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามอัตราที่กำหนด โดยประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ (เขต 1-12 ระบบ 43 เพิ่ม และ เขต 13 E-Claim) 1.7. กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ สำหรับหน่วยบริการมาตรา 3 (หน่วยบริการภาคประชาชน) จ่ายในอัตรา Point ละ ๑ บาท โดยประมวลผลการจ่ายทุกเดือน (Disability portal)	2.1. ส่วนที่ 1 : ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และ ภาวะทางกาย จาญตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ในอัตรา Point ละ 1 บาท จำนวน 32 รายการ โดยประมวลผลจ่ายเดือนละ 2 ครั้ง (E-Claim) 2.2. ส่วนที่ 2 : ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากข้อ 2.1 จาญตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) โดยประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ (E-Claim) 2.3. ส่วนที่ 3 : เหมจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ จำนวนไม่เกิน 60 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100% ตามจำนวนรายการยาแผนปัจจุบัน ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด	เป็นการให้บริการตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ของกระทรวงสาธารณสุข 1. จาญตามรายการบริการในอัตราครั้งละ 150 บาท รวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์ ไม่เกิน 20 ครั้ง (นับต่อเนื่องกัน) 2. จาญตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท กรณีให้บริการครบ 20 ครั้งในผู้รับบริการรายเดิมในหน่วยบริการเดียวกัน (E-Claim)

บริการการแพทย์แผนไทย (หัตถการแพทย์แผนไทย)

	ประกาศฯ พ.ศ. 2567 วันที่ 1 ต.ค.66 - 28 กพ.68	ประกาศฯ พ.ศ. 2568 เริ่ม 1 มี.ค. 68
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) จ่ายตามการส่งข้อมูล (send date) ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามอัตราที่กำหนด ประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 เป็นต้นไป
อัตราจ่าย	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 7. ยาสุมไพร 25 Point /รายการยา * หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 7. ยาสุมไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือ (ส่วนที่ 2) จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา (โดย ชื้อ 7 บันทึกผ่านระบบ E-Claim 100%)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข	
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim	
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)	

การเบิกชดเชยค่ายาสมุนไพร

กรมบัญชีกลาง

- ผ่านสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
 1. เพิ่มรายการยาสมุนไพร ระบุรหัสกลุ่มยาสมุนไพร(3,4) เท่านั้น โดยไม่ระบุรหัส TTMTหรือ24 หลัก ใน Drug catalog
 2. ส่งออกข้อมูลออกเป็นไฟล์ Excel ไฟล์ ไปยัง สทส.

ปัญหา การติด C เนื่องจากระบบรับข้อมูลที่ สทส. ตั้งค่าช่องรับข้อมูลยาสมุนไพร (TTMT) ให้รับเฉพาะค่าว่าง เท่านั้น ดังนั้นเมื่อมี ข้อมูล ส่งเข้าไปใน field นี้ จึงทำให้ถูกแจ้งเตือน **ไม่ผ่าน**

สปสช.

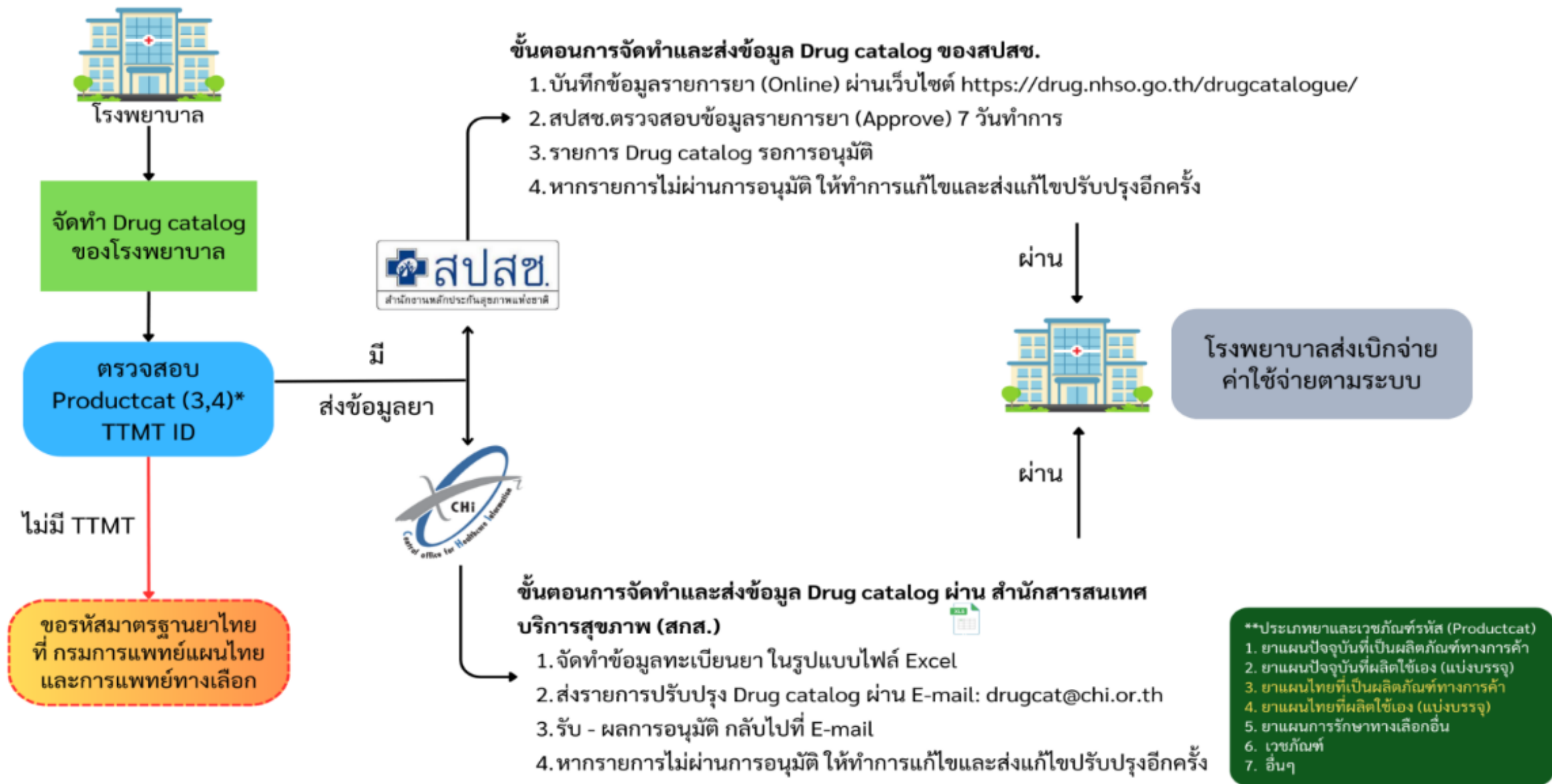
- ผ่านระบบ eclaims ด้วยชุดข้อมูลเดียวกับ สทส.
 1. เพิ่มรายการยาสมุนไพร ด้วยรหัส TTMT ใน Drug catalog
 2. ส่งออกข้อมูลผ่านโปรแกรม E-claim สปสช. เพื่อเบิกชดเชยค่ายาสมุนไพรแบบ FS

เป็นระบบ fee schedule คล้ายระบบ สทส.
ทำให้รพ. ต้องทำ Drug catalog

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ภญ.พันธุ์วิรา เวยสาร)
กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทร. 082 4654945 Line ID : kimgi06

ขั้นตอนการเบิกจ่ายยาแผนไทย ในระบบสุขภาพ



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 (ตำรับหมอเดชา)

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 ให้ผู้ป่วยภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ 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	



REP HERB

โรงพยาบาล 11443 รพร.เดชอุดม																											
** ข้อมูลส่งก่อน 1 ตุลาคม 2557 จะแสดงยอดเรียกเก็บเฉพาะ 1.3																											
ชดเชยจาก	Error Code	กองทุนหลัก	กองทุนย่อย	ปีงบประมาณ	PROJ	F	D	R	C	เรียกเก็บ (1)			เรียกเก็บ central reimburs e	ชำระเอง (3)	อัตรา จ่าย/Point (4)	ลำำฐำ (PS) (5)	CCUF (6)	AdjRW_N HSO (7)	AdjRW2 (8 = 6x7)	จ่ายชดเชย (9 = 4x5x8)	ค่าพรบ. (10)	เงินเดือน		ยอดชดเชย หลังหักเงินได้ (12 = 9 - 11)	ค่าใช้จ่ายสูง (HC)		
										กลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่ม 1.3	กลุ่มที่เป็น 1.3	รวมย										ร้อยละ	จำนวน		IPH	OPH	
NHSO	-	HC22	HERB	2557	-	-	-				721.90	301.00	1,022.90	0.00	88.10	1.00	0	100%			0.00	0.00	-	-	-	-	61.90
NHSO	-	HC22	HERB	2557	-	-	-				477.90	95.00	572.90	0.00	112.10	1.00	0	100%			0.00	0.00	-	-	-	-	27.90
NHSO	-	HC22	HERB	2557	-	-	-				2,169.60	103.00	2,272.60	0.00	95.40	1.00	0	100%			0.00	0.00	-	-	-	-	31.60
NHSO	-	HC22	HERB	2557	-	-	-				587.90	351.00	938.90	0.00	12.10	1.00	0	100%			0.00	0.00	-	-	-	-	27.90

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

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 พิ้นฟูอาการ 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
จังหวัด : อุบลราชธานี
รอบ : 2566 / --- ทั้งหมด ---

เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : 11443 - รพร.เดชอุดม -

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	-	ขอบเขตบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ 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) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

Diagnosis Code	Diagnosis Name English	Diagnosis Name Thai
M15	Polyarthrosis	ข้อเสื่อมหลายข้อ
B30	Viral conjunctivitis	ตาแดงจากไวรัส
B30.9	Viral conjunctivitis, unspecified	ตาแดงจากไวรัส ที่มิได้มีรหัสระบุรายละเอียด
M15.0	Primary generalized (osteo) arthrosis	ข้อเสื่อมโดยทั่วไปรูมภูมิ
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	โรคตาถักยุง และตุ่มอักเสบเรื้อรังที่หนังตา
H10	Conjunctivitis	การอักเสบของเยื่อตา
B34.9	Viral infection, unspecified	การติดเชื้อไวรัส ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M62.6	Muscle strain	กล้ามเนื้อเคล็ด
B34	Viral infection of unspecified site	การติดเชื้อไวรัสไม่ระบุตำแหน่งที่เป็น
M13.1	Monoarthritis, not elsewhere classified	ข้ออักเสบข้อเดียว ที่มิได้มีระบุรายละเอียด
J00	Acute nasopharyngitis (common cold)	เยื่อบุจมูกและลำคออักเสบเฉียบพลัน(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 ที่มีได้ระบุรายละเอียด
L50.9	Urticaria, unspecified	ลมพิษ ที่มีได้ระบุรายละเอียด
M54.5	Lumbago with sciatica	ปวดหลังส่วนล่าง
J02	Acute pharyngitis	คออักเสบเฉียบพลัน
J03	Acute tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
J02.9	Acute pharyngitis, unspecified	คออักเสบเฉียบพลัน ที่มีได้ระบุรายละเอียด
J06.9	Acute upper respiratory infection, unspecified	การติดเชื้อทางเดินหายใจในส่วนบนแบบเฉียบพลัน
K29.7	Gastritis, unspecified	กระเพาะอาหารอักเสบ ที่มีได้ระบุรายละเอียด
R10.4	Other and unspecified abdominal pain	อาการปวดท้องอื่นๆ และอาการปวดท้องที่ไม่ระบุ
M13.0	Polyarthritis, unspecified	ข้ออักเสบหลายข้อ ที่มีได้ระบุรายละเอียด
J03.9	Acute tonsillitis, unspecified	ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ที่มีได้ระบุรายละเอียด
J30.4	Allergic rhinitis, unspecified	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้ ที่มีได้ระบุรายละเอียด
M79.1	Myalgia	ปวดกล้ามเนื้อ
J30	Vasomotor and allergic rhinitis	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้หรือการเปลี่ยนอากาศ
M13	Other arthritis	ข้ออักเสบแบบอื่น
J01	Acute sinusitis	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน
J01.9	Acute sinusitis, unspecified	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน ที่มีได้ระบุรายละเอียด
U07.1	2019 nCoV virus disease	โควิด 19
U07.2		



ผู้



ผู้



ก



น



ย



อ

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

เลือกบริการ

STEMI2 มา Alteplase

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

STROK1 (ปี 53) มา Alteplase

TELMED Telehealth / Telemedicine

TR001 FISH

TR002 DISH

TR003 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) สำหรับยา Ertotinib

XXX19 บริการอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด ส่วนที่เบิกไม่ได้

หลักเกณฑ์	ปีงบประมาณ 2566
เงื่อนไข	ผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนและมีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด่วนให้ผู้ป่วยที่บ้าน
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 พิชญโลก	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

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

| ห้สรายการ

S1804C เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 120,000 บาท

S1804D เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 160,000 บาท

SPECC ค่าบริการเก็บส่งตรวจ

TELMED Telehealth / Telemedicine

TR001 FISH

TR002 DISH

TR003 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) สำหรับยา Erlotinib

XXX19 บริการอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด ส่วนที่เบิกไม่ได้

คำบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)

เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกรณีค่าบริการสาธารณสุขระบบทางการ Telehealth หรือ Telemedicine ปีงบประมาณ 2568 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอแจ้งแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการ ในการให้บริการ และเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

นิยาม

การแพทย์ทางไกล หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข แก่ ผู้รับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่เป็น ประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล หมายความว่า ระบบงานที่มี การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการ สาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีส่งสัญญาณข้อมูลภาพและเสียงหรือวิธีการอื่น

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *

|รหัสรายการ

TELMED Telehealth / Telemedicine

กระบวนการให้บริการ

คัดกรองผู้ป่วย เข้าสู่ระบบ	ประสาน นัดหมาย	แสดงตัวตน ผ่าน Application	พบแพทย์ ออนไลน์	รับยา ไปรษณีย์/ร้านยา	การบันทึกข้อมูล และขอค่าบริการ
					
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่า ในหน่วยบริการ ที่มี อาการคงที่ ควบคุมโรค ได้ดีและสมัครใจรับ บริการทาง tele และ ลงทะเบียนผู้ป่วยที่รับ บริการ	ประสานชี้แจงข้อตกลง วิธีการตรวจทาง Telemedicine และนัดหมาย ตรวจสอบ สิทธิการ รักษา สร้าง visit เตรียมประวัติ การ รักษา	ผู้ป่วยDownload Application ตรวจสอบความถูก ต้อง ของข้อมูล ผู้ป่วย ยืนยันตัวตนและแสดง การยินยอมรับบริการ	พบแพทย์ออนไลน์ให้ คำปรึกษา ตรวจ วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู บันทึกข้อมูลการ ให้บริการ	(ถ้ามี) รับยาทาง ไปรษณีย์/ร้านยา ร่วมกับ บริการเภสัชกรรมทางไกล ตามประกาศสภาเภสัช กรรม เรื่องกำหนด มาตรฐานและขั้นตอนการ ให้บริการเภสัชกรรม ทางไกล.	บันทึกข้อมูลผ่าน โปรแกรม e – Claim



หนังสือแสดงความยินยอมรับบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....
 ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
 เป็น () ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย โฆษก ผู้เกี่ยวข้องเป็น
 ของผู้ป่วยชื่อ น.ช. / น.ญ. / นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
 ข้าพเจ้าให้ความยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกร () ผู้ป่วยยินยอมรับการบริการ อายุต่ำกว่า 18 ปี (เว้นแต่บุตรคนโตตามกฎหมาย)
 () ผู้ประกอบวิชาชีพผู้ดูแลไม่บุตรมี
 () อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับลักษณะและเป้าหมายในการรับบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) โดยการอธิบาย
 และขอแจ้งถึงสิทธิแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเนื้อหา ดังนี้
 1.ข้าพเจ้าหรือผู้ประกอบวิชาชีพในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนแล้วแต่กรณีขอรับการ
 การวินิจฉัยและให้คำแนะนำ

2.วัตถุประสงค์ในการรับบริการการแพทย์ทางไกลคือให้ใช้
 () เพื่อติดตามดูแลตนเอง () เพื่อรับบริการแบบHome Ward
 () เพื่อรับบริการแบบผู้ป่วยนอกโดยการแพทย์ทางไกล
 () อื่นๆ ระบุ.....

3.ระยะเวลาการรับบริการการแพทย์ทางไกลโดยประมาณ.....วัน ทั้งนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นอยู่กับการดำเนินของ
 โรคและการดูแลหรือข้อจำกัดอื่นใด

4.การระบุตำแหน่งที่ปรึกษา () มีความจำเป็นต่อการระบุที่ปรึกษาเพื่อการติดตามดูแลตนเอง
 () ไม่มีความจำเป็นต่อการระบุที่ปรึกษา

ข้าพเจ้ายินยอมรับการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) โรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแพทย์
 พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ดำเนินการตามมาตรฐานการให้บริการการแพทย์ทางไกล ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎ
 ระเบียบและให้ข้อมูลที่จำเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง

ข้าพเจ้าได้ทราบค่าใช้บริการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงขอเสนอหรือให้ค่าใช้เมื่อได้รับหลักฐาน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 () ผู้ป่วย / () ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย..... แพทย์ / ผู้มีสิทธิ
 ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 พยาน (เกือบจะเป็น.....ของ.....) พยาน (เกือบเป็น / ผู้มีสิทธิ)

บริการTelehealth รพร.เดชอุดม

1. พิสูจน์ตัวตน(Authentication) ได้ ทั้ง 5 วิธี
2. ลงทะเบียนส่งตรวจ ประเภทยา 10 บริการสาธารณสุขทางไกล(Telemedicine)
3. ประเภทคนไข้ Telemed
4. ลงค่ารักษา 16Telehealth / Telemedicine 50 บาท
5. การวินิจฉัยโรคเรื้อรัง

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

๓. ข้อยกเว้นและการผ่อนผันการพิสูจน์ตัวตนด้วยบัตรประชาชน (Smart Card)

๓.๑ รายการบริการที่ได้รับการผ่อนผันใช้วิธีการเดิม ตามที่ สปสช. กำหนด ได้แก่ การให้บริการ แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปี พระภิกษุ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ หรือผู้ต้องขัง รวมทั้งบริการ สาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth) ของหน่วยบริการภาครัฐ

๑. วิธีการพิสูจน์ตัวตน (Authentication) ด้วยบัตรประชาชน (Smart Card) ของผู้รับบริการ
สาธารณสุข ให้ดำเนินการผ่านเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- ๑.๑ เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card)
 - ๑.๒ เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK)
 - ๑.๓ แอปพลิเคชัน Authen by NHSO ที่เชื่อมต่อกับการใช้ Thai ID ของผู้รับบริการ
 - ๑.๔ แอปพลิเคชันอื่นที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบ สปสช. ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย
- ขั้นสูงสุด และมาตรฐานการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัลของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์
- ๑.๕ แอปพลิเคชันไลน์ สปสช. (Line Application)

หน้าหลัก

รหัสบัตรประชาชน HN [] FG SG วันที่มา 04/10/2567 เวลา 13:50:03

ชื่อ [] อายุ []

ที่อยู่ []

ประเภทการมา 10 บริการสาธารณสุขทางไกล (Telemedicine) 2

สาขารักษาโรค 10 อัตราเงินตรวจ - [] หลายสิทธิ

หมายเลขบัตร [] สถานพยาบาลหลัก #####

วันเริ่มใช้ 30/12/2442 วันหมดอายุ 30/12/2442

สถานพยาบาลรอง ##

บริษัท []

อาการสำคัญ [] ☐ พิมพ์ประวัติ

ส่งต่อไปห้อง ### [] แสดง

แผนก ## [] ☐ พิมพ์บัตรคิว

[] ☐ แสดงคิว

[] ☐ ยืมแฟ้มเวชระเบียน

[] ☐ พิมพ์ใบยินยอมเพิ่ม

เลขที่ประจำตัวประชาชน ##### NHSQ DFL

รายการคำปรึกษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป การชำระเงิน สกส./ADP ข้อมูล DF Sub stock Tools Department medication

รหัสรายการ 3005158

ชื่อรายการ 16Telehealth / Telemedicine หน่วย ครั้ง

ชื่ออังกฤษ Telehealth / Telemedicine ☐ ห้ามผู้ไข้นำมาใช้ราคา

ราคาทุน 50.00 ☐ ยกเลิกการใช้

กลุ่มคำรักษา 16-ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษายาบาลใด ๆ ☐ ไม่ต้องพิมพ์ Sticker

ค่าย่อค้นหา [] ☐ รายการนี้สิ่งใช้ได้แค่รายนามเดียว

Font Color [] Color not selected ☐ รายการนี้ไม่รวมใน Remed

รหัสค่าใช้จ่ายสูง [] รพ. [] ☐ ลบรายการนี้หากโอน OPD->IPD

☐ ห้ามโอนรายการนี้ไป IPD เมื่อ Admit

☐ ห้ามลดราคา

☒ พิมพ์รายการในวัน Sticker

OPD IPD

ราคาปกติ 50.00 ราคาปกติ 50.00

บริการการส่งยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ทางไปรษณีย์



บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ *	
ให้รายการ	
DENSUR	ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม
DMICNT	ค่าผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
DMICNT2	ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับบริการ DSAEK
DMIDML	กรณีเลเซอร์จากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
DRUGP	ค่าบริการจัดส่งยาไปยังผู้ป่วยที่บ้าน
ER-EXT ER	คุณภาพ
Eva001	ประเมินอาการ ผู้ป่วย Pallative ที่บ้าน เมื่อปรับการรักษา
FP001	ใส่ห่วง

บริการการส่งยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ทางไปรษณีย์		
บริการ	หัวข้อ	ปี 2568
บริการการส่งยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ทางไปรษณีย์	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วย รายได้ ในหน่วยบริการ มี อาการคงที่ และ ควบคุมโรคได้ดี
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
	อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาทต่อครั้ง
	โปรแกรม	e-Claim

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

ชนิดการผ่าตัด

ชนิดการผ่าตัด

หน่วย

ชุดละ

ราคากลาง

3,000.00

DENFU1 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 1

หน่วย

ครั้งต่อราย

ราคากลาง

700.00

DENFU2 ค่าติดตามการรักษารากฟันเทียม ปีที่ 2-5

หน่วย

ครั้งต่อปี

ราคากลาง

2,800.00

รหัสรายการ *

DENSUR ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

หน่วย

ครั้งต่อราย

ราคากลาง

17,500.00

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

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 ตัวอย่าง

รหัสแผนกที่รับบริการ

011

ชื่อแผนกที่รับบริการ

ทันตกรรม

รหัส	ผ่าตัด/หัตถการ
236	Prosthet dental implant

- เบิกรหัส DENSUR (serviceother) ICD10 Z45.8, K08.1, K08.2
- เบิกรหัส DENFU1 (serviceother) ICD10 Z09.8
- เบิกรหัส DENFU2 (serviceother) ICD10 Z96.5
- เบิกรหัส DENSUR (serviceother) ICD9 23.6, 2330011, 2337510, 2337511, 2337512 , 2337550 2337551
- เบิกรหัส DENFU1 (serviceother) ICD9 2337550, 2287432, 2287450, 2287460, 2287470
- เบิกรหัส DENFU2 (serviceother) ICD9 2337552

2. กรณีการบันทึกอุปกรณ์รากฟันเทียม 9220 จำกัดที่ 4 ชิ้น/ครั้งผ่าตัด การบันทึกจะมีการให้รหัสหัตถการต่อไปนี้ด้วย บันทึกรหัส 9220 (instrument) ต้องบันทึก ICD9 23.6, 2330011, 2337510, 2337511, 2337512 (รหัสใดรหัสหนึ่ง)ขอบคุณมากค่ะ (balloon)

 สปสช.
สำนักงานชลประทานที่ 12

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

1. จำนวนวงเงินรวม = อัตราจ่าย 1,075.52 * UC pop
2. Age Point = ผลรวมของ (UC pop ตามกลุ่มอายุ * cost index ตามกลุ่มอายุ)
[คำนวณรายจังหวัด]
3. บาทต่อ age point = จำนวนวงเงินรวม ÷ ผลรวม age point
4. อัตราจ่ายต่อหัวก่อนปรับ $\pm 10\%$ = (age point * บาทต่อ age point) ÷ UC pop)
[คำนวณรายจังหวัด]
5. อัตราจ่ายต่อหัวหลังปรับ $\pm 10\%$ [A] = ปรับค่าต่อหัวขึ้นต่ำให้ได้ไม่น้อยกว่า -10%
จากค่าเฉลี่ยประเทศ โดยปรับจังหวัดที่อัตราสูงลงตามสัดส่วน จนไม่เกินจำนวนวงเงินรวม (จะมีบางจังหวัดได้ค่าข้อ 4)

OP cost index	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ - ๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	> ๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๕๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๔	๑.๓๘๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๕

สปสช.
สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
กรุงเทพฯ

จ่ายตามผลงาน Fee schedule
จำนวนไม่เกิน 59.49 บ.

- [illegible]

จ่ายแบบเหมาจ่าย
จำนวน 232.32 ม.

65% (151.01 น.)
 ง่ายเหมือนตาม ปชก. อัตราระดับจังหวัด
 ปรับตาม age adjusted $\pm$ ไม่เกิน
 10% จากค่าเฉลี่ยประเทศ

35% (81.31 บ.)
จ่ายตามผลงานบริการ
เม.ย.64 – มี.ค.65

PP Non UC
คำนวณวงเงินระดับจังหวัด
ให้สปสข.เขตปรับเปลี่ยนผ่าน
ความเห็นชอบของ อปสข.

สิทธิ UC
ใช้ ปชก. 1 เม.ย. 65 (หลัง
ตรวจคัดกรองการไต่ขึ้น)
แอม Point ปชก. UC รายเดือน

สป.สร. สังกัดอื่นๆ หัก
เงินเดือนตาม
กำหนด



สังกัดอื่นๆ ปรับ
ลดค่าแรงตามที่
กำหนด

โอนเงินให้
หน่วยบริการ

จัดการ สป.สช.

▼

 สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,477.01 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ.
บริหารจัดการระดับประเทศ

ส่วนที่เหลือ
Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย :

- **เพิ่มเติม ให้บริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่พอ จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มีตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด**

แนวทางการจ่าย : คงใช้ DRG v5 ที่มีการปรับปรุง

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สํารองเตียง การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
 - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
 - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW หากงบประมาณจ่ายเท่าที่งบประมาณมีอยู่

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 อุบลราชธานี																
3																	
4	จังหวัด 3400 อุบลราชธานี															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																	

PALLIATIVE-CARE1,000

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

CANCER DRUG OTHER 2,032.00

CANCER_DRUG_OTHER 2,032.00

การตั้งค่ารักษาพยาบาล

- 1.รายการนั้นเบิกได้ในสิทธิไหน
- 2.ตั้งแบบไหนถึงจะสื่อการผู้ให้บริการ



- ผลการค้นหามูล - [คลิกที่นี่เพื่อกลับไปทำการค้นหาอีกครั้ง](#)

รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา
43502	US Whole abdomen หมายเหตุ : ยกเลิก ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 422 ลว. 10 กันยายน 2563	ครั้ง	850

8.3.30	43506	US: Upper abdomen	ครั้ง	800	
8.3.31	43507	US: Lower abdomen/ Pelvis	ครั้ง	800	

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
บัญชีแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562
บัญชี 1 อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำหรับคนไทย พ.ศ. 2562

ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา
31	T-Tube cholangiography	ครั้ง	1,700
32	Intraoperative Cholangiography	ครั้ง	800
33	Fistulography	ครั้ง	1,700
34	Venography	ครั้ง	2,900
35	LP for myelogram	ครั้ง	1,400
US			
1	US Whole abdomen	ครั้ง	1,500
2	US Upper / lower abd / pelvis	ครั้ง	1,000
3	US OB	ครั้ง	1,000

สิทธิบัตรทอง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ
พ.ศ. ๒๕๖๖

45	43501	US Upper/lower abdomen	ครั้ง	650.00
----	-------	------------------------	-------	--------

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย
46	43502	US Whole abdomen	ครั้ง	850.00

ส่งผ่าน FDH ชดเชยสุทธิ ดูแบบนี้ ?

◆ เลขที่ Rep	◆ รหัสหน่วย บริการ	◆ ผู้ส่ง	◆ วันที่ส่ง	◆ OPD	◆ IPD	จำนวน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
670300237	11443	FDHProvider	29/03/2567 07:34	0	10	10	10	0
670300236	11443	FDHProvider	29/03/2567 07:31	681	0	681	657	24

สำหรับ Invoice eclaim_11443_OP_25670329_073135889.ecd

วันเข้ารักษา	ชุดเวชสุทธิต		ชุดเวชจาก	Error Code	กองทุนหลัก	กองทุนย่อย
	สปสช.	ต้นสังกัด				
	190.00	310.00	NHSO	-	DM14	ANC
	400.00	50.00	NHSO	-	DM14	ANC_ULTRA
	535.00	110.00	NHSO	-	DM14,DM22	ANC_ULTRA,PP_ANC_PNC
	360.00	1,250.00	NHSO	-	HC13	CLOPIDOGREL_DRUG
	0.00	435.00	NHSO	-	DM08	EXCEPT
	39.50	1,375.00	NHSO	-	DM08,HC22	EXCEPT,HERB
	750.00	170.00	NHSO	-	DM08,DM12	EXCEPT,PALLIATIVE-CARE-OPIOID
	27.90	1,228.50	NHSO	-	HC22	HERB
	50.00	0.00	NHSO	-	AE04	OPAE
	490.00	0.00	NHSO	-	AE04	OPAE,OPAE-DRUG
	1,185.50	340.00	NHSO	-	HC02	OPHC
	2,800.00	2,152.00	NHSO	-	HC09	OPINST
	135.00	132.50	NHSO	-	DM22	PP_ANC_PNC
	50.00	50.00	NHSO	-	HC15	TELEMED

 กรณีที่ใช้ยาเป็นครั้งแรกหรือมีอาการมาไม่ถึง 2 สัปดาห์ การรับประทาน Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet สิ่งที่เปลี่ยนแปลง 2564	
เงื่อนไข 1. การขาดยา Clopidogrel (เงื่อนไข) - กรณีผู้ป่วยรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลา แล้ว 7 วัน แต่ไม่รับประทานยา Clopidogrel 7 วัน - กรณีผู้ป่วยรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลา แล้ว 7 วัน แต่ไม่รับประทานยา Clopidogrel 7 วัน	ปริมาณการทาน 2563 1. การขาดยา Clopidogrel (เงื่อนไข) - กรณีผู้ป่วยรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลา แล้ว 7 วัน แต่ไม่รับประทานยา Clopidogrel 7 วัน - กรณีผู้ป่วยรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลา แล้ว 7 วัน แต่ไม่รับประทานยา Clopidogrel 7 วัน
ปริมาณการทาน จ่าย ราคาเดิมละ 2.05 บาท	ปริมาณการทาน 2564 เงื่อนไข 2563 จ่าย ราคาเดิมละ 3 บาท

1 ครั้ง ไม่เกิน 120 เม็ด

2564

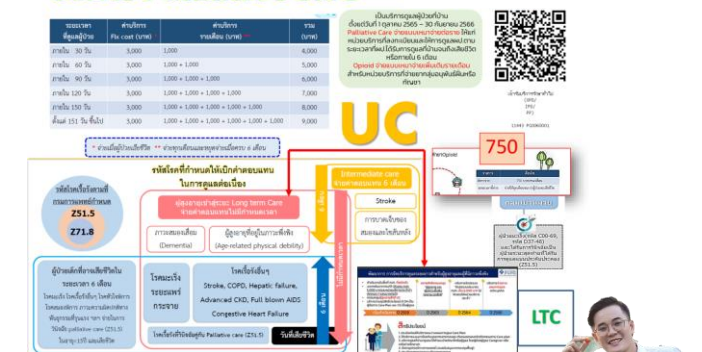
รายการอาหาร	รูปแบบเชื้อ ผง/ของเหลว	ขนาด	ราคาต่อหน่วย บาท/ลิตร	ปริมาณที่ ต้องใช้ บาท/ลิตร	ปริมาณที่ เหลือ บาท/ลิตร
1. นมผงชนิดรส	ผง	500 กรัม	0.85	142.80 P	166 บาท
2. นมผงชนิดรส	ผง	500 กรัม	0.79	44.24 P	56 บาท
3. นมผงชนิดรส	ผง	200 กรัม	5.28	258.72 P	49 บาท
4. นมผงชนิดรส	ผง	130 กรัม	27.90	195.30 P	7 บาท
5. นมผงชนิดรส	ผง	30 กรัม	40.77	40.77 P	1 บาท
6. นมผงชนิดรส	ผง	500 กรัม	0.93	58.59 P	63 บาท
7. นมผงชนิดรส	ผง	200 กรัม	62.76	188.28 P	3 บาท
8. นมผงชนิดรส	ผง	130 กรัม	16.29	84.00 P	5.15 บาท
9. นมผงชนิดรส	ผง	500 กรัม	1.15	73.08 P	63 บาท

- OPAE
- OP refer
- OP anywhere
- คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- สิทธิว่าง



บริการTelehealth

หลักเกณฑ์	ปีงบประมาณ 2566
เจ้านาย	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่าในหน่วยบริการที่มีอาการคงที่และควบคุมโรคได้ดี
ผู้สิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้
อัตราการจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

บริการ Palliative care

เป็นต่อเจ้าพ่อเคลม



OP มีกี่กองทุนครับ.....?



เข้าใช้บริการที่ไหน
(OPD/
IPD/
PP)

11443 PG0060001

ขอบคุณครับ



นายพิทักษ์ชัย จิตรม้น

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี