



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มงานบริหารกองทุน ได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 ตามประกาศที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิธีการ เงื่อนไข แนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่าบริการ แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ และผู้เกี่ยวข้องจะใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบชดเชยค่าบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 ในการปฏิบัติงานร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมีความถูกต้อง เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และได้รับเงินชดเชยครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 1

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติในการขอรับ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563

การบริหารงบบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563

- | | |
|---|----|
| - กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยนอก เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 | 1 |
| - การจ่ายงบบริการผู้ป่วยนอก แบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ | 3 |
| - การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการ (Central reimbursement) | 5 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกบัญชี
เครือข่าย (OPAE) | 11 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีคนพิการ (OP พิการ) | 12 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) และกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย
ฉุกเฉินในบัญชีเครือข่าย | 12 |
| - แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรุงเทพมหานคร | 13 |
| - การจ่ายชดเชยค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร | 14 |
| - การจ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกตามเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (On top chronic
disease) | 16 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost) | 17 |
| - รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก (375 รายการ) | 18 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ | 26 |
| - การจ่ายชดเชยค่ายาตามราคาเบิกจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2563 | 51 |
| - การจ่ายชดเชยค่าบริการทันตกรรมรักษา | 54 |
| นิยาม OP TYPE บริการผู้ป่วยนอก ในกรุงเทพมหานคร | 55 |
| การบริหารงบบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2563 | 57 |
| - การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป | 61 |
| - หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต | 62 |
| - แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 | 64 |

สารบัญ

หน้า

	สรุปการบริหารงบประมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร	77
	กำหนดการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว (OP Capitation) ปีงบประมาณ 2563	80
	กำหนดการส่งข้อมูล OPAE OPพิการ และกรณีผู้ประกันตนคนพิการ ในโปรแกรม OP BKK CLAIM ปีงบประมาณ 2563	81
	กำหนดการตัดยอดข้อมูล การออกรายงานบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563 Model ศูนย์บริการสาธารณสุข	82
	ผังการตรวจสอบและอนุมัติข้อมูล OP Refer ปีงบประมาณ 2563	83
	ผังการตรวจสอบและอนุมัติข้อมูล OP Clearing house กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC ของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563	84
	สรุปรายการค่าบริการสาธารณสุขที่มีการจ่ายชดเชยจากกองทุน Central reimburse หรือ กองทุนเฉพาะ ของ สปสช. (ส่วนกลาง)	85
	การบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2563	91
	การจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ)	96
ส่วนที่ 2	แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	97
ส่วนที่ 3	ภาคผนวก	
	รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563	108
	รายชื่อโรงพยาบาลและคลินิกในเครือโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563	113
	รายชื่อเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร	117

ส่วนที่ 1

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2563

การบริหารงบบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563

งบบริการผู้ป่วยนอกเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test บริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*1502 ก่อนเริ่มยา Carbamazepine ในทุกกลุ่มโรค และยา Donepezil สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปแบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่

- 1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
- 2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

❖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. จำนวน 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test
2. ส่วนที่เหลือ (ประมาณ 1,241.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

2.1 ร้อยละ 80 ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ \pm 10%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< 3	3-10	11-20	21-40	41-50	51-60	61-70	>70
บริการผู้ป่วยนอก	0.464	0.364	0.306	0.407	0.789	1.348	1.972	2.351

ที่มา คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี 2557

2.2 ร้อยละ 20 ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

- ❖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามประกาศฯ ส่วนที่ 9
- ❖ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการและอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต
- ❖ สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและ

หรือ ตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน(Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

รายการงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2563

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ		ส่วนต่าง (บาท/ปก.)	ร้อยละของ การเพิ่ม/ลด
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563		
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,179.34	1,251.68	72.34	6.13
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,294.94	1,371.07	76.13	5.88
3. บริการกรณีเฉพาะ	357.50	359.24	1.74	0.49
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	431.43	452.60	21.17	4.91
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13	17.43	1.30	8.06
6. บริการแพทย์แผนไทย	11.61	14.80	3.19	27.48
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อม ราคาของหน่วยบริการ)	128.69	128.69	0.00	0.00
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92	2.49	-2.43	-49.39
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	2.00	2.00	0.00	0.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,426.56	3,600.00	173.44	5.06

หมายเหตุ : ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

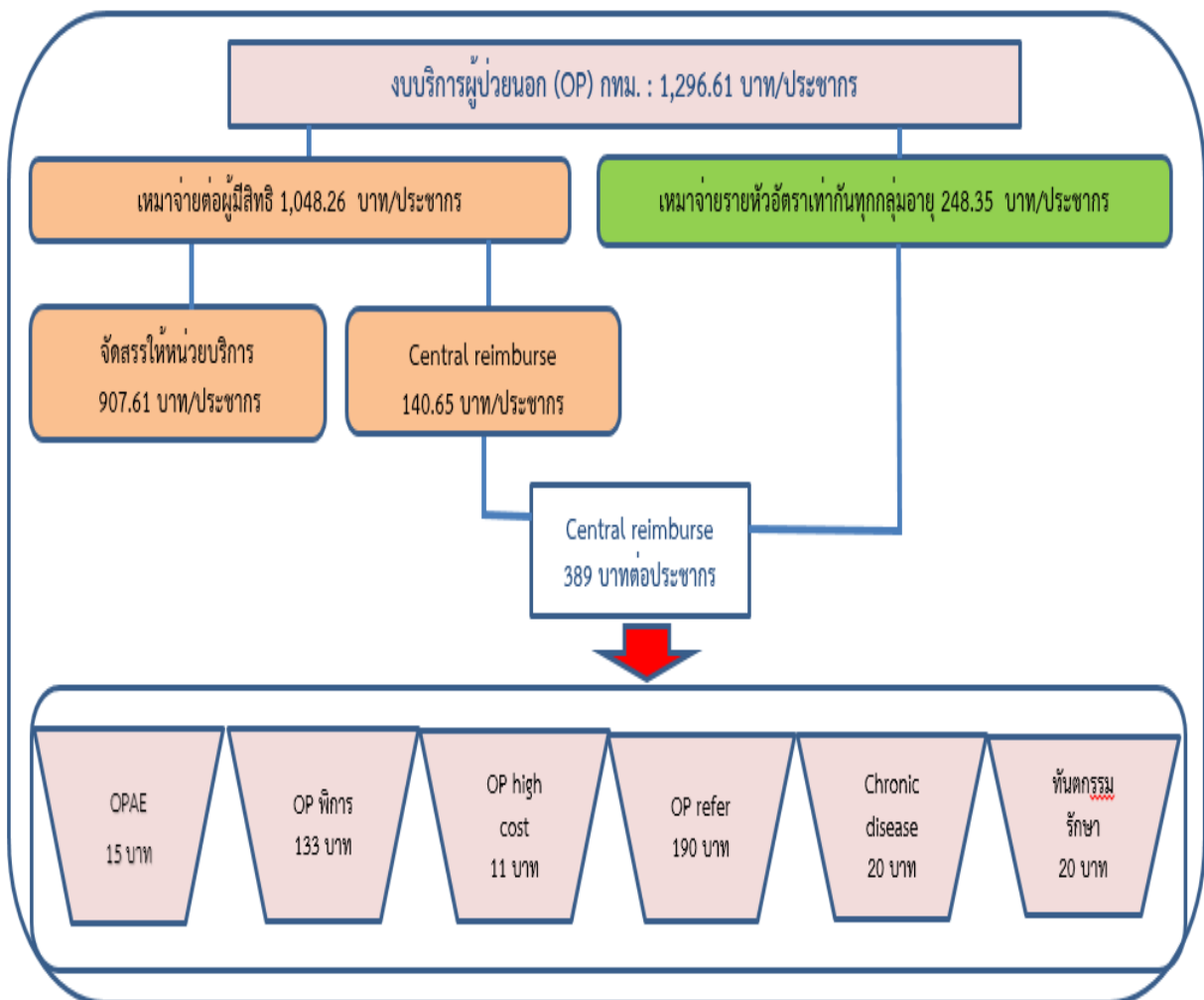
งบบริการผู้ป่วยนอกที่เขตกรุงเทพมหานครได้รับ

บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่คำนวณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ ปรับตามโครงสร้างอายุของประชากรผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด = 1,048.26 บาท/ประชากร
2. งบบริการผู้ป่วยนอกที่คำนวณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ = 248.35 บาท/ประชากร

รวมทั้งสองส่วน = 1,296.61 บาท/ประชากร

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563



หมายเหตุ :

1. การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการ (Central Reimbursement) กองทุนย่อยต่างๆ ได้แก่ กรณี OP-AE, OP พิจาร, OP High cost และทันตกรรมรักษา กรณีบางกองทุนไม่เพียงพอให้สามารถปรับเกลี่ยใช้คละกันได้ และหากมีการจ่ายชดเชยจนครบแล้วให้จัดสรรคืนให้แก่หน่วยบริการประจำตาม point ประชากรเฉลี่ย

2. กำหนดมาตรการการรักษาวินัยในการขอรับค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้
 - 1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 30 วัน จ่ายในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด
 - 2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 60 วัน จ่ายในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด
 - 3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 330 วัน จ่ายในอัตราไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด ทั้งนี้อัตรานี้จะนำไปตามวงเงินที่จัดไว้สำหรับการส่งช้าตามวงเงินที่เหลืออยู่ในลักษณะ Global Budget
3. กรณีข้อมูล OP Individual ปีงบประมาณ 2563 ไม่มีการกันเงินไว้จ่ายค่าข้อมูล แต่ขอให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลบริการในโปรแกรม OP BKK CLAIM เช่นเดิม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ในการคำนวณอัตรากาการเข้าถึงบริการ (UR) และเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงสำหรับค่าใช้จ่ายในระบบ

การจ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ

1. จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัว OP ต่อผู้มีสิทธิ (ไม่รวมคนพิการ) โดยคำนวณ differential capitation ปรับตามโครงสร้างอายุประชากร หรือ ภาวะโรค หรือ ภาวะผลงานบริการ อัตราขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 753.80 บาท/ประชากร โดยจ่ายเป็นรายเดือน คำนวณตาม point ประชากร
2. กรณีสิทธิย่อยคนพิการ สำนักงานฯ คำนวณเงินกันเป็นกองทุน OP คนพิการ สำหรับจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีคนพิการ (ท.74 , B74 , R74)
3. กรณีโครงการลดความแออัดผู้ป่วยนอก Model ศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งต่อคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง และจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานบริการ ภายในวงเงิน Global budget รายเดือน กรณีคำนวณจ่ายตามผลงานได้ point ละ 1 บาทแล้วหากมีเงินเหลือ ให้จัดสรรเพิ่มเติมให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่งตามจำนวน point ประชากร
4. กรณี Model ที่หน่วยบริการประจำเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการรับส่งต่อเป็นโรงพยาบาลกลาง หรือโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุข และจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานบริการภายในวงเงิน Global budget รายเดือน โดยคำนวณจ่ายชดเชยเป็น point จนหมดวงเงิน
5. กรณี Model ที่หน่วยบริการประจำเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินิจ และ หน่วยบริการรับส่งต่อเป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คำนวณงบประมาณตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินิจ และจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานบริการ ภายในวงเงิน Global budget รายเดือน
6. การทำหน้าที่เป็น Clearing house ของสำนักงานฯ กรณีที่หน่วยบริการมีหนี้ค้างชำระจากการส่งต่อผู้ป่วยนอก สำนักงานฯ จะขอหักค่าใช้จ่ายจากงบประมาณพึงรับของหน่วยบริการประจำให้แก่หน่วยบริการที่ให้การรักษา โดยเบื้องต้น จะดำเนินการหักจากงบบริการผู้ป่วยนอกก่อน ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้หน่วยบริการมีหนี้ค้างชำระสะสมข้ามปีงบประมาณ

❖ รูปแบบการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขสุข และคณะ แพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

(หน่วยบริการประจำ : ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง หน่วยบริการรับส่งต่อ : คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช)

1. ประชาชนผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อนเสมอ หากจำเป็นต้องไปรับบริการที่ คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ต้องมีใบส่งต่อกับเวชภัณฑ์อุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นชำระบัญชีแทน (Clearing house) ดังนี้
 - 2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต13 กรุงเทพมหานคร จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) งบผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) และงบเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (On top chronic disease) เป็น global budget รายเดือน โดยคำนวณวงเงินตาม point ประชากรของศูนย์ บริการ สาธารณสุข ทั้ง 68 แห่งรวมกัน
 - 2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่clearing house โดยใช้งบประมาณ ตามข้อ 2.1 ในการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการ สาธารณสุขไปรักษายังหน่วยบริการอื่น
 - 2.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM กำหนดตัดข้อมูลตามวันส่งข้อมูล (ทุกวันที่ 5) ยกเว้นเดือนกันยายน ตัดข้อมูลวันที่ 25 กันยายน
 - ◆ กรณีรายการบริการที่มีราคากลาง ให้มีการปรับอัตราจ่ายตามราคากลาง
 - ◆ กรณีที่เป็นบริการ OP High Cost จ่ายชดเชยจากกองทุน OP high cost ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
 - ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรม ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
 - 2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เกิดจาก การให้บริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ข้อ 2.3 เพื่อเป็นราคาสุทธิ แล้วเปลี่ยนราคาสุทธิเป็นคะแนน (point) และนำงบประมาณที่เหลือจากการจ่ายชดเชยแก่ หน่วยบริการอื่น (ข้อ 2.2)มาคำนวณจ่ายตามผลงานของศูนย์ บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่งและคณะ แพทยศาสตร์ วชิรพยาบาลฯ โดยคำนวณจ่ายตามระบบ point system with global budget ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้
 - กรณีคะแนนบริการผู้ป่วยนอกกรรม (point) ตามวันที่ตัดยอดข้อมูลมากกว่าวงเงินที่เหลือ ให้จ่ายตามค่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากคะแนนบริการผู้ป่วยนอกกรรม (point) หารด้วยวงเงิน โดยจ่ายในอัตราเท่ากันทุกหน่วย บริการ
 - กรณีคะแนนบริการผู้ป่วยนอกกรรม (point) ตามวันที่ตัดยอดข้อมูลน้อยกว่าวงเงิน ให้จ่ายตามคะแนน บริการผู้ป่วยนอก (point) ในอัตรา point ละ 1 บาท และวงเงินที่เหลือให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร คำนวณอัตราจ่ายต่อประชากร และจัดสรรให้แก่ศูนย์ บริการ สาธารณสุขตามจำนวน point ประชากรในเดือนนั้นของแต่ละแห่งต่อไป

❖ รูปแบบการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลกลาง

(หน่วยบริการประจำ : ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 แห่ง หน่วยบริการรับส่งต่อ : โรงพยาบาลกลาง)

ลำดับ	หน่วยบริการประจำ		หน่วยบริการรับส่งต่อ	
	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยบริการประจำ	รหัส สถานพยาบาล	หน่วยบริการรับส่ง ต่อ
1	13647	ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 วัดมักกะสัน	11537	โรงพยาบาลกลาง
2	13650	ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์	11537	โรงพยาบาลกลาง
3	13652	ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี ปุรุราชรังสรรค์	11537	โรงพยาบาลกลาง
4	13655	ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิท	11537	โรงพยาบาลกลาง
5	13657	ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เทียน เนตรวิเศษ	11537	โรงพยาบาลกลาง
6	13658	ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไผ่ตงวานิช	11537	โรงพยาบาลกลาง
7	13659	ศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้ว สีบุญเรือง	11537	โรงพยาบาลกลาง
8	13661	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี	11537	โรงพยาบาลกลาง
9	13663	ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล	11537	โรงพยาบาลกลาง
10	13665	ศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย	11537	โรงพยาบาลกลาง
11	13666	ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง	11537	โรงพยาบาลกลาง
12	13668	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา	11537	โรงพยาบาลกลาง
13	13672	ศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทน์ มิ้มไพบูลย์	11537	โรงพยาบาลกลาง
14	13673	ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงธนบุรี	11537	โรงพยาบาลกลาง
15	13684	ศูนย์บริการสาธารณสุข 39 ราชบุรีบูรณะ	11537	โรงพยาบาลกลาง
16	13686	ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย	11537	โรงพยาบาลกลาง
17	13701	ศูนย์บริการสาธารณสุข 58 ล้อมพิมเสน ฟ้ากุดลม	11537	โรงพยาบาลกลาง
18	14818	ศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย	11537	โรงพยาบาลกลาง

- ประชาชนผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อนเสมอ หากจำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลกลาง ต้องมีใบส่งตัวยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นชำระบัญชีแทน (Clearing house) ดังนี้
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอกเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) งบผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP refer) และงบเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (On top chronic disease) เป็น global budget รายเดือน โดยคำนวณเงินตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 18 แห่งรวมกัน
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ clearing house โดยใช้งบประมาณตามข้อ 2.1 ในการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีที่มีโรงพยาบาลกลางส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุขไปรักษายังหน่วยบริการอื่น

2.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลกลางส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM กำหนดตัดข้อมูลตามวันส่งข้อมูล (ทุกวันที่ 5) ยกเว้นเดือนกันยายน ตัดข้อมูลวันที่ 25 กันยายน

- ◆ กรณีรายการบริการที่มีราคากลาง ให้มีการปรับอัตราจ่ายไม่เกินราคากลาง
- ◆ กรณีที่เป็นบริการ OP High Cost จ่ายชดเชยจากกองทุน OP high cost ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรม ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลกลาง ตามหลักเกณฑ์ข้อ 2.3 เพื่อเป็นราคาสุทธิ แล้วเปลี่ยนราคาสุทธิเป็นคะแนน (point) และนำงบประมาณที่เหลือจากการจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการอื่น (ข้อ 2.2) มาคำนวณจ่ายชดเชยตามผลงานของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 18 แห่ง และโรงพยาบาลกลาง โดยคำนวณจ่ายตามระบบ point system with global budget ตามหลักเกณฑ์จหนมดวงเงิน

❖ รูปแบบการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(หน่วยบริการประจำ : ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 แห่ง หน่วยบริการรับส่งต่อ : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์)

ลำดับ	หน่วยบริการประจำ		หน่วยบริการรับส่งต่อ	
	รหัสสถานพยาบาล	หน่วยบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาล	หน่วยบริการรับส่งต่อ
1	13646	ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
2	13650	ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
3	13654	ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
4	13657	ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เทียง นครวิเศษ	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
5	13659	ศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้ว สีบุญเรือง	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
6	13661	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
7	13663	ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
8	13668	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
9	13673	ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

1. ประชาชนผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อนเสมอ หากจำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ต้องมีใบส่งต่อยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นชำระบัญชีแทน (Clearing house) ดังนี้
 - 2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) งบผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP refer) และงบเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (On top chronic disease) เป็น global budget รายเดือน โดยคำนวณวงเงินตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 9 แห่งรวมกัน

- 2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ clearing house โดยใช้งบประมาณตามข้อ 2.1 ในการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุขไปรักษายังหน่วยบริการอื่น
- 2.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM กำหนดตัดข้อมูลตามวันส่งข้อมูล (ทุกวันที่ 5) ยกเว้นเดือนกันยายน ตัดข้อมูลวันที่ 25 กันยายน
- ◆ กรณีรายการบริการที่มีราคากลาง ให้มีการปรับอัตราจ่ายไม่เกินราคากลาง
 - ◆ กรณีที่เป็นบริการ OP High Cost จ่ายชดเชยจากกองทุน OP high cost ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
 - ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรม ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- 2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยนอก ของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตามหลักเกณฑ์ข้อ 2.3 เพื่อเป็นราคาสุทธิ แล้วเปลี่ยนราคาสุทธิเป็นคะแนน (point) และนำงบประมาณที่เหลือจากการจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการอื่น (ข้อ 2.2) มาคำนวณจ่ายชดเชยตามผลงานของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 9 แห่ง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยคำนวณจ่ายตามระบบ point system with global budget ตามหลักเกณฑ์จหนมดวงเงิน

❖ รูปแบบการจัดสรรงบประมาณบริการผู้ป่วยนอกสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

(หน่วยบริการประจำ : ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี หน่วยบริการรับส่งต่อ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย)

1. ประชาชนผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อนเสมอ หากจำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ต้องมีใบส่งต่อยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นชำระบัญชีแทน (Clearing house) ดังนี้
 - 3.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว (Differential capitation) งบผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP refer) และงบเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (On top chronic disease) เป็น global budget รายเดือน โดยคำนวณวงเงินตาม point ประชากรของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี
 - 3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ clearing house โดยใช้งบประมาณตามข้อ 2.1 ในการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี ไปรักษายังหน่วยบริการอื่น
 - 3.3 ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM กำหนดตัดข้อมูลตามวันส่งข้อมูล (ทุกวันที่ 5) ยกเว้นเดือนกันยายน ตัดข้อมูลวันที่ 25 กันยายน
 - ◆ กรณีรายการบริการที่มีราคากลาง ให้มีการปรับอัตราจ่ายไม่เกินราคากลาง
 - ◆ กรณีที่เป็นบริการ OP High Cost จ่ายชดเชยจากกองทุน OP high cost ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
 - ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรม ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

3.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยนอก ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามหลักเกณฑ์ข้อ 2.3 เพื่อเป็นราคาสุทธิ แล้วเปลี่ยนราคาสุทธิเป็นคะแนน (point) และนำงบประมาณที่เหลือจากการจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการอื่น (ข้อ 2.2) มาคำนวณจ่ายชดเชยตามผลงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคำนวณจ่ายตามระบบ point system with global budget ตามหลักเกณฑ์ทั้งหมด
วงเงิน

การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามการบริการ (Central Reimbursement)

หลักเกณฑ์กลางสำหรับการจ่ายชดเชยตามการบริการ (Central Reimbursement)

- 1) จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร
- 2) กรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกที่เข้าเกณฑ์ค่าใช้จ่ายสูง/บริการที่มีการบริหารเฉพาะโรคตามรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส่วนกลาง)กำหนด ให้บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายส่งผ่านโปรแกรม e Claim (หรือโปรแกรมที่ สปสช.กำหนด) โดยหน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง)
- 3) กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามที่ อปสช.กท.กำหนด จ่ายชดเชยจากกองทุน OP High cost ตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด
- 4) รายการใดที่ยังไม่มีการกำหนดราคากลาง มีการจ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง
- 5) รายการบริการใดที่มีราคากลาง จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลาง
- 6) กรณียากลุ่มที่มีการกำหนดราคาเบิกจ่าย ให้จ่ายชดเชยตามราคาที่กำหนด
- 7) หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม OP BKK CLAIM โดยบันทึกรายการบริการที่เรียกเก็บตามรหัสที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร กำหนด
- 8) จ่ายชดเชยตามวันที่ส่งข้อมูลและอุทธรณ์การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายใน 360 วัน หลังรับบริการ กำหนดมาตรการการรักษาวินัยในการขอรับค่าใช้จ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีส่งข้อมูลหรืออุทธรณ์เกิน 360 วันหลังรับบริการ ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย
- 9) ปรับลดอัตราตามมาตรการทางการเงินกรณีส่งเข้าตามสำนักงานฯ กำหนด

◆ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกบัญชี เครือข่าย (OPAE) : OP TYPE 3

: งบประมาณจำนวน 15 บาท/ประชากร

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

- จ่ายชดเชยการให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยเข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ระบุบน website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- จ่ายชดเชยกรณีให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีสิทธิทหารผ่านศึก (ประเภทสิทธิย่อย รหัส 66 67 75 80 97 98) เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการประจำที่ระบุบน website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- จ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการภายใต้ระบบ point system with global budget โดยแบ่งงบประมาณเป็นรายเดือน
- ประมวลผลการจ่ายชดเชยตามวันที่ส่งข้อมูล (Send date)
- กรณีค่าบริการที่เรียกเก็บมากกว่าจำนวนวงเงิน global budget รายเดือนนั้น ๆ จะมีการคำนวณจ่ายแบบ point system ในรายการค่าใช้จ่ายทั่วไปที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง
- ค่าบริการผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) ให้รวมกับค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 100 บาท

◆ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีคนพิการ (OP พิการ) : OP TYPE 4

: งบประมาณจำนวน 133 บาท/ประชากร

: งบเหมาจ่ายรายหัวคนพิการอัตราตาม differential capitation ของแต่ละหน่วยบริการ

: งบในส่วน OP Refer 190 บาท/ประชากรคนพิการ

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

- จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทสิทธิย่อย : คนพิการ (ท.74,B74,R74) ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร ทั้งกรณีการรักษาที่หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการอื่น
- จ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการภายใต้ระบบ point system with global budget โดยแบ่งงบประมาณเป็นรายเดือน
- ประมวลผลการจ่ายชดเชยตามวันที่ส่งข้อมูล (Send date)
- กรณีค่าบริการที่เรียกเก็บมากกว่าจำนวนวงเงิน global budget รายเดือนนั้น จะมีการคำนวณจ่ายแบบ point system ในรายการค่าใช้จ่ายทั่วไปที่ยังไม่ได้กำหนดราคากลาง
- ค่าบริการผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) ให้รวมกับค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 100 บาท

◆ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีส่งต่อ (OP Refer) และ กรณีอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินในบัญชีเครือข่าย : OP TYPE 0,1,2

❖ **คลินิกเดี่ยว** กั้นเงินเป็นกองทุน OP Refer จำนวน 190 บาท/ประชากร

การจ่ายชดเชยค่าบริการ

- ◆ หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้ง
- ◆ ส่วนเกินจาก 1,600 บาทจ่ายจากกองทุน OP Refer
- ◆ กรณีรายการที่กำหนดเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OP High Cost) จ่ายชดเชยจากกองทุน OP High Cost ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด
- ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรมตามรายการที่กำหนด
- ◆ ค่าบริการผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 100 บาท
- ◆ ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) ไม่เกิน 200 บาท หรือจ่ายชดเชยตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ

❖ **โรงพยาบาล และคลินิกในเครือโรงพยาบาล** : 190 บาท/ประชากร

จัดสรรให้แก่หน่วยบริการรายเดือน พร้อมกับงบบริการผู้ป่วยนอกเหมาจ่ายรายหัว

การจ่ายชดเชยค่าบริการ

- ◆ หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- ◆ กรณีรายการที่กำหนดเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OP High Cost) จ่ายชดเชยจากกองทุน OP High Cost ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินเพดานที่กำหนด
- ◆ กรณีบริการทันตกรรมรักษาจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรมตามรายการที่กำหนด
- ◆ ค่าบริการผู้ป่วยนอก (Hospital Fee) จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 100 บาท
- ◆ ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor Fee) ไม่เกิน 200 บาท หรือจ่ายชดเชยตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ

การติดตามและตรวจสอบข้อมูล OP Refer

1. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ บันทึกข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM
2. หน่วยบริการประจำมีการตรวจสอบอนุมัติข้อมูล OP Refer โดยบุคลากรที่เป็นวิชาชีพ ทุก visit ที่ refer หากหน่วยบริการแห่งใดไม่ตรวจสอบ และมีการปล่อยให้อนุมัติโดยระบบ (auto approve) ค่าใช้จ่ายของ visit นั้นหน่วยบริการประจำต้องตามจ่ายเองทั้งหมด (โดย สปสช.กทม. ทำหน้าที่ clearing house หักค่าใช้จ่ายจากงบเหมาจ่ายรายหัวของหน่วยบริการประจำ)
3. ให้หน่วยบริการมีการรักษาตามศักยภาพของตนเองและเป็นไปตามมาตรฐานของราชวิทยาลัย หากเกินศักยภาพจึงส่งต่อหน่วยบริการรับส่งต่อและตติยกรรมิตตามลำดับ

หมายเหตุ :

หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย OP Refer ไม่รวมกรณีที่มีข้อตกลงระหว่างกัน ได้แก่

- โครงการลดความแออัด Model ศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งต่อคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- กรณีบัตรศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี้ ส่งต่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งต่อโรงพยาบาลกลาง / โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- กรณีบัตรศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิให้กับคลินิก(บัตรสบส.-คลินิก-รพ.)

แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกรุงเทพมหานคร

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งที่ 2/2561 วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 มีมติเห็นชอบแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

- 1) กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ หากเกินศักยภาพ จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ ขอให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อตามบัตรก่อน เว้นแต่กรณีจำเป็นที่การส่งต่อผู้ป่วยไปยังทุติยภูมิที่ไม่ตรงตามบัตรได้ ได้แก่ กรณีเกินศักยภาพของหน่วยบริการรับส่งต่อตามบัตร หรือกรณีการรักษาผู้ป่วยซึ่งมีประวัติการรักษา และจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากหน่วยบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิอื่น หรือมีการนัดตรวจติดตาม ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหน่วยบริการประจำจ่ายชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์
- 2) การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการรับส่งต่อ(ทุติยภูมิ)เพื่อรักษาต่อที่หน่วยบริการตติยภูมิเนื่องจากเกินศักยภาพ ขอให้หน่วยบริการทุติยภูมิแจ้งหน่วยบริการประจำเพื่อทราบและแนบสำเนาใบส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำไปด้วย (ระบุชื่อผู้รับประสานงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ) หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ หากการรักษานั้นยังไม่สิ้นสุด ให้หน่วยบริการที่รักษานั้นแจ้งแผนการรักษาไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง
- 3) หากหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยบริการตติยภูมิโดยตรง โดยไม่ผ่านหน่วยบริการทุติยภูมิและผู้ป่วยต้องนอนรักษาเป็นผู้ป่วยใน การ admit ในครั้งนั้น ไม่ต้องให้ผู้ป่วยกลับไปขอใบส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการทุติยภูมิอีก ให้หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วย จะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุนผู้ป่วยในตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (บันทึกข้อมูลเป็นกรณีรับส่งต่อ)
- 4) กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อด้วยอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเข้ารับบริการในช่วงเวลาที่หน่วยบริการประจำปิดทำการ แต่เกินศักยภาพของหน่วยบริการรับส่งต่อ จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาต่อที่หน่วยบริการตติยภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อนั้นสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เลย และแจ้งให้หน่วยบริการประจำเพื่อรับทราบภายหลัง โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยกลับไปขอใบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ กรณีเป็นผู้ป่วยนอก หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ กรณี admit เป็นผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุนผู้ป่วยในตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- 5) กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลอื่น (โรงพยาบาลเอกชนนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณี UCEP หรือ EMCO) แล้วมีการประสานหาเตียงเพื่อกลับเข้ารับบริการในระบบ หน่วยบริการที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวนั้น ไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปขอหนังสือส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ หน่วยบริการที่รักษาสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในเขต ผ่านโปรแกรม e-Claim โดยให้ระบุรหัสสถานพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนที่ส่งผู้ป่วยนั้นมาด้วย

- 6) กรณีในเวลาที่หน่วยบริการประจำยังเปิดทำการอยู่ ผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการดูแลของหน่วยบริการประจำ และจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการประจำนั้นควรเขียนหนังสือส่งต่อให้ผู้ป่วยได้เลย โดยไม่ต้องนัดให้มารับหนังสือส่งต่อวันหลัง
- 7) กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นโรคที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการประจำ การส่งต่อให้มีผลให้ใช้ได้จนสิ้นสุดการรักษาและแพทย์เห็นสมควรให้กลับมารักษาที่หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิได้
- 8) หนังสือส่งต่อมีอายุไม่น้อยกว่า 90 วัน นับจากวันที่ระบุในหนังสือ เว้นแต่โรคที่ส่งต่อนั้นสิ้นสุดการรักษาก่อน 90 วัน และให้รวมการส่งต่อทั้ง OPD และ IPD ในคราวเดียวกัน กรณีหนังสือส่งต่อใกล้หมดอายุ แต่การรักษายังไม่สิ้นสุด ให้หน่วยบริการที่รักษาแจ้งแผนการรักษาและระยะเวลาให้หน่วยบริการประจำทราบ เพื่อจัดทำหนังสือส่งต่อฉบับใหม่ โดยระบุอายุของหนังสือส่งต่อตามแผนการรักษานั้น
- 9) กรณีผู้ป่วยใน หากมีการนัดตรวจติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วย ให้ใช้หนังสือส่งต่อฉบับเดิม เพื่อการตรวจติดตามต่อเนื่องได้อีก 60 วัน นับจากวันที่หน่วยบริการจำหน่ายผู้ป่วย
- 10) การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา ให้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ในหน่วยบริการที่รับส่งต่อตามโรคที่ระบุและตามโรคหรืออาการที่เกี่ยวข้อง ในกรณีมีภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยมีอาจารย์ได้ หน่วยบริการที่รับส่งต่อสามารถให้การรักษาได้ (ไม่ควรระบุในหนังสือส่งต่อว่าให้ตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น)

การจ่ายชดเชยค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

- ❁ จ่ายชดเชยค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยนอกต่างบัญชีเครือข่ายในกรุงเทพมหานคร กรณีเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วมีการส่งไปรักษาต่อที่อื่น หรือส่งกลับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการประจำไปรับผู้ป่วยเอง
- ❁ กรณีระยะทางไป-กลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาท ภายในระยะทางไป-กลับไม่เกิน 50 กิโลเมตร **รหัสการบันทึก S1801**
- ❁ กรณีระยะทางไป-กลับ ส่วนที่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท **รหัสการบันทึก S1802**
- ❁ กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกจากหน่วยบริการประจำเอง รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยนอกจากหน่วยบริการรับส่งต่อทุติยภูมิไปยังหน่วยบริการตติยภูมิ เป็นภาระรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (รวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก)
- ❁ กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลหรือคลินิก ค่าพาหนะรับส่งต่อเป็นภาระรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลรับส่งต่อตามบัตรหรือคลินิก) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ clearing house เพิ่มเติมจากการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกเดิมตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าพาหนะรับส่งต่อ
- ❁ กรณีการส่งต่อทางเรือ กำหนดอัตราการจ่ายดังนี้

ตารางแสดงรายละเอียด กรณีเรือ/แพขนานยนต์ มีอัตราการจ่ายชดเชยดังนี้

ระยะทางไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ	อัตราการจ่ายชดเชย	รหัสการบันทึก
5-15	เรือหางยาวเร็ว	1,200	S1803A
	เรือเร็ว	2,000	S1803B
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	5,000	S1803C
16-50	เรือหางยาวเร็ว	3,000	S1803D
	เรือเร็ว	5,000	S1803E
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803F
51-100	เรือหางยาวเร็ว	4,000	S1803G
	เรือเร็ว	10,000	S1803H
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803I
101 เป็นต้นไป	เรือเร็ว	35,000	S1803J
	เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์	35,000	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	อัตราตามจริง ไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

กรณีส่งต่อโดยเฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการต้องประสานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ.2557 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอัตราจ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน ดังนี้

- เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 40,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 80,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 120,000 บาท
- เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์ ชั่วโมงบินละ 160,000 บาท

หมายเหตุ : สำหรับค่าพาหนะรับส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน (IP) และผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินจ่ายชดเชยจากกองทุนอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง) โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim

◆ การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก ตามเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง (On top Chronic disease)

: งบประมาณ 20 บาท/ประชากร

- จ่ายตามจำนวนประชากรโรคเรื้อรังโดยใช้ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2562
- จ่ายรายเดือนตามประชากรโรคเรื้อรังที่คำนวณได้ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ปรับจ่ายตามจำนวนเดือนที่ประชากรโรคเรื้อรังอยู่กับหน่วยบริการนั้น โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 ของทุกเดือน (จ่ายพร้อมงบบริการผู้ป่วยนอกเหมาจ่ายรายหัว)
- โรคเรื้อรังรายใหม่ในปี จะนำไปใช้คำนวณจ่ายเงินของปีถัดไป
- โรคเรื้อรังที่นำมาคำนวณจ่าย ได้แก่ 1.DM 2.HT 3.CA 4.Stroke 5.Asthma 6.COPD 7.CVD/IHD

◆ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP High Cost)

: งบประมาณจำนวน 11 บาท/ประชากร

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

1. ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร
2. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM
3. จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอก ที่มีรายการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำนวน 84 รายการ
4. จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด

รายการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OP High Cost)

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
หมวด 10. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์					
1	49301	การคำนวณตามแผนการรักษา SRS , SRT	ครั้ง	10,000	
2	49302	การฉายรังสี SRS	course	80,000	1.เรียกเก็บเมื่อสิ้นสุดการรักษา
3	49303	การฉายรังสี SRT	course	80,000	2.กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บตามสัดส่วน
4	52020	การรักษาด้วยออกซิเจนความ กดดันสูง -รักษาโดย Mutiplace Chamber	ครั้ง	1,250	เพื่อรักษาโรค 1. CO poisoning 2.Non diabetic –non atherosclerotic leg ulcer,
5	52021	การรักษาด้วยออกซิเจนความ กดดันสูง -รักษาโดย Monoplace Chamber	ครั้ง	1,600	(not include pressure sore) 3.Diabetic ulcers for Wagner gr III and IV 4. Osteoradionecrosis
หมวด 6. ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต					
6	23151	Whole Blood	Unit	740	
7	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000	
8	23101	Whole Blood (สภากาชาด)	Unit	600	
9	23154	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (NAT)	Unit	1,800	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
10	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (สภากาชาด)	Unit	1,550	
11	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740	
12	23251	PRC	Unit	500	
13	23252	PRC (NAT)	Unit	700	
14	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	540	
15	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500	
16	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800	
17	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	1,500	
18	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550	
19	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700	
20	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	520	
21	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (สภากาชาด)	Unit	2,000	
22	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (สภากาชาด)	unit	2,200	
23	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200	
24	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170	
25	23456	Single Donor Granocyte	unit	7,640	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
26	23457	Single Donor Granocyte Concentrate (สภากาชาด)	unit	9,000	
27	23470	Wash and Frozen Red Cell	unit	2,000	
28	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400	
29	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600	
30	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	340	
31	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600	
32	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (Filtration method)	ถุง	6,300	
33	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	6,000	
34	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000	
35	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	ถุง	4,300	
36	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200	
37	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
38	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	
39	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
40	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	
41	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800	
42	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000	
43	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6300	
44	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (สภากาชาด)	unit	7,000	
45	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400	
46	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800	
47	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400	
48	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650	
49	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	450	
50	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690	
51	23469	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (สภากาชาด)	Unit	550	
52	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300	
53	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
54	23468	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT) (สภากาชาด)	Unit	200	
55	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300	
56	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
57	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	350	
58	23454	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma	Unit	400	
59	23460	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
60	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100	
61	23455	Cryoprecipitate	Unit	370	
62	23465	Cryoprecipitate (NAT)	Unit	600	
63	23403	Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	
64	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400	
65	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750	
66	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000	
67	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (สภากาชาด)	unit	12,000	
68	23502	Leukapheresis (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
69	23503	Blood Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
70	23504	Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
71	23511	Therapeutic Blood Letting	unit	220	
72	23501	ค่าบริการฉายแสงเลือด	ครั้ง	350	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
73	47050	ค่าตรวจวินิจฉัยด้วย PET SCAN	ครั้ง	40,000	<p>ค่าตรวจวินิจฉัยด้วย PET scan <u>ข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยต้องมี KPS ไม่น้อยกว่า 70 2. ผู้ป่วยเคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการกลับคืนของโรค (recurrent disease) โดยดูจากระดับ CEA 3. ผู้ป่วยตรวจ CT scan หรือ MRI scan ของช่องท้องแล้ว และไม่พบความผิดปกติ หรือพบความผิดปกติที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการกลับคืนของโรค 4. ผู้ป่วยตรวจ CT scan หรือ MRI scan แล้วพบความผิดปกติ และคาดว่าสามารถทำการผ่าตัด เอาส่วนที่ผิดปกติออกได้หมดเพื่อการหายขาดของโรค (curative aim) 5. ในกรณีที่เคยตรวจ PET scan ตามหลักเกณฑ์ข้อ 1 - 4 ข้างต้นแล้ว และไม่พบความผิดปกติใด ๆ สามารถทำการตรวจซ้ำได้อีกด้วยเงื่อนไข เช่นเดียวกับข้างต้น ทั้งนี้ ระยะเวลาต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
					<p><u>ข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยมะเร็ง</u> <u>ปอด (Non-small cell lung cancer)</u> 1. ผู้ป่วยต้องมี KPS ไม่น้อยกว่า 70 2. เพื่อใช้ในการประเมินระยะของโรคก่อนรักษาด้วยวิธีการรังสีรักษา เพื่อการหายขาดหรือการผ่าตัดเพื่อการหายขาดของโรค (curative aim) โดยมีเงื่อนไข ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยมีระยะโรคทางคลินิก เป็น T2 - 3, N1 - 2 และ MO 2.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT scan บริเวณช่องอก ต่อมหมวกไต และ Bone scan มาก่อนแล้ว</p> <p><u>หมายเหตุ</u> กรณีผู้ป่วยที่จะเบิกค่าตรวจ PET scan (รหัส 47050) จะต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ทำการรักษา และแพทย์ด้านรังสีเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ว่าจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว</p>
74	รอตั้งรหัส	Core needle biopsy with mammotome	ครั้ง	รอกำหนด ราคากลาง	<p>ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติของ Mammogram ชนิด BIRAD 4 (หินปูนขนาดเล็ก, Microcalcification) และไม่สามารถคลำก้อนเนื้อได้</p>

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
75	6902 , 6909	Dilate-Curettage	ครั้ง	4,000	จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง (ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ทั้งหมด ทั้งค่าอัลตรา ซาวด์ ตมยา และวิสัญญี)
76	1424	Chorioret les laser photoc	ครั้ง	3,900	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 3,900 บาท/ครั้ง/ข้าง
77	1475	Vitreous substitut injec	ครั้ง	4,500	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,500 บาท/ครั้ง/ข้าง
78	1479	Vitreous operation NEC		1,500	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้ง/ข้าง
79	1474	Mech vitrectomy NEC		14,500	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 14,500 บาท/ครั้ง/ข้างไม่ รวมอุปกรณ์
80	1139	Pterygium excision NEC		3,000	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท/visit
81	1264	Trabeculectom ab externo		5,500	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,500 บาท/visit
82	3995 71640	Hemodialysis		2,000	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 2,000 บาท/visit
83	5498 71620 71621 71622	Peritoneal dialysis		2,000	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 2,000 บาท/วัน
84	B451,G021	Cryptococcal Meningitis		3,000	จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท/visit B45.1 Cerebral cryptococcosis G02.1 Meningitis in mycoses ตามด้วย รหัสโรค (ICD-10) ที่ระบุการติดเชื้อ HIV

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก (จำนวน 375 รายการ)

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
หมวด 6. ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต					
1	22114	cross matching	test	80	
2	22115	cross matching (gel test)	test	150	
หมวด 7. ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา					
3	30401	Chromosome study from blood /BM	test	1,500	
4	30402	Chromosome study from amniotic fluid/chorionic villus	test	2,500	
5	36443	CMV viral load	test	2,500	
6	38330	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่าน (Transmission electron microscopy)	ชิ้น	2,800	
7	38331	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกวาด (Scanning electron microscopy)	ชิ้น	3,400	
หมวด 8. ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา					
		X-ray: Special			
8	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600	ไม่รวมค่าตัดหรือเจาะส่งตรวจชิ้นเนื้อ
9	42101	Myelography one part cervical / lumbar	ครั้ง	2,000	ทุกรายการรวม สารทึบแสงและวัสดุ
10	42102	Myelography complete / thoracic	ครั้ง	2,550	อุปกรณ์พื้นฐานของหัตถการนั้นๆ แล้ว
11	42201	Sialography	ครั้ง	1,150	(รวมทั้งลวดนำทางสาย และสาย
12	42202	Dracynography	ครั้ง	1,150	catheter ที่จำเป็นพื้นฐาน หนึ่งชุด

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ	
13	42010	Venography	ครั้ง	1,800	ในกรณีที่ ใช้เพิ่ม สามารถเบิกเพิ่มจาก พื้นฐานได้ และต้องมีหลักฐานการใช้ ประกอบการเบิกจ่าย)	
14	42330	Mammography	ครั้ง	1,200		
15	42331	Mammography with US	ครั้ง	1,700		
16	42501	Barium swallowing	ครั้ง	1,350		
17	42502	Esophagogram	ครั้ง	1,350		
18	42503	BS with esophagogram	ครั้ง	1,350		
19	42504	UGI	ครั้ง	1,400		
20	42505	UGI with small bowel series	ครั้ง	1,700		
21	42506	Barium enema, single CM	ครั้ง	1,750		
22	42507	Barium enema, double CM	ครั้ง	2,300		
23	42508	Transhepatic cholangiography	ครั้ง	2,050		ทุกรายการรวม สารทึบแสงและวัสดุ อุปกรณ์พื้นฐานของหัตถการนั้นๆ แล้ว (รวมทั้งลวดนำทางสาย และสาย catheter ที่จำเป็นพื้นฐาน หนึ่งชุด ในกรณีที่ ใช้เพิ่ม สามารถเบิกเพิ่มจาก พื้นฐานได้ และต้องมีหลักฐานการใช้ ประกอบการเบิกจ่าย)
24	42509	T-Tube cholangiography	ครั้ง	1,300		
25	42511	Fistulography	ครั้ง	1,300		
26	42602	Retrograde Pyelography	ครั้ง	1,500		
27	42603	VCUG/Cystogram	ครั้ง	1,800		
28	42604	Urethrogram	ครั้ง	1,500		
29	42605	Hysterosalpingography	ครั้ง	1,850		
30	42701	Arthrography	ครั้ง	1,750		
31	42702	Bone density: X-rays 1 part	ครั้ง	1,000		
32	42703	Bone density: X-Rays whole body	ครั้ง	2,900		

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
33	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000	รวมวัสดุเวชภัณฑ์พื้นฐานในการทำ หัตถการ set เข็ม สายสวน catheter และเครื่องมือรังสีวินิจฉัย
34	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000	
35	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000	
36	42515	Splenoportography (percutaneous)	ครั้ง	2,050	
37	42516	Splenoportography (selective)	ครั้ง	18,000	
38	42601	IVP (Ionic contrast)	ครั้ง	1,950	
		Ultrasound			
39	43001	US Portable	ครั้ง	1,050	
40	43002	3-D Ultrasound	ครั้ง	800	
41	43003	4-D Ultrasound, diagnostic of fetal anomalies, breast biopsy	ครั้ง	2,500	
42	43004	US Small part	ครั้ง	650	
43	43005	Ultrasonography doppler artery / vein	ครั้ง	1,000	
44	43501	US Upper/lower abdomen	ครั้ง	650	
45	43502	US Whole abdomen	ครั้ง	850	
46	43601	US Endovaginal or endorectal probe	ครั้ง	850	
47	43701	Bone density: US	ครั้ง	650	
48	43910	Fine needle aspiration under U/S	ครั้ง	1,000	รวมวัสดุ set sterile เวชภัณฑ์พื้นฐาน และ การใช้เครื่องมือรังสีวินิจฉัย

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
49	43911	US guided for biopsy	ครั้ง	2,300	รวมวัสดุ set semiautomatic needle เวชภัณฑ์พื้นฐาน และการใช้เครื่องมือ รังสีวินิจฉัย
		CT & CTA			
50	44001	CT 1 part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	
51	44002	CT 1 part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	
52	44003	3D CT scan	ครั้ง	8,000	
53	44004	Additional surface 3D views	ครั้ง	350	
54	44005	Additional multiphase	ครั้ง	1,000	
55	44010	CTA 1 part	ครั้ง	12,000	
56	44011	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
57	44020	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	
58	44101	CT Brain NC	ครั้ง	3,100	
59	44102	CT Brain with CM	ครั้ง	4,600	
60	44103	CTA Brain	ครั้ง	12,000	
61	44110	CT Sella	ครั้ง	4,000	
62	44111	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	
63	44140	CT Spine 1 part	ครั้ง	5,350	
64	44150	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	
65	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
66	44202	CT Facial bone3 D	ครั้ง	6,000	
67	44210	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	
68	44220	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	
69	44221	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	
70	44222	CT IAC	ครั้ง	5,000	
71	44223	CT Parotid gland	ครั้ง	5,700	
72	44230	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	
73	44231	CT Nasopharynx 2 planes	ครั้ง	5,700	
74	44232	CT PNS screening 1 plane	ครั้ง	2,500	
75	44233	CT PNS 2 planes	ครั้ง	5,000	
76	44240	CT Oral cavity	ครั้ง	5,700	
77	44241	CT Dental scan -maxilla	ครั้ง	5,000	
78	44242	CT Dental scan -mandible	ครั้ง	5,000	
79	44243	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	
80	44250	CT Neck	ครั้ง	5,700	
81	44251	CTA Neck	ครั้ง	12,000	
82	44252	CT Neck, Thyroid and Patathyroid	ครั้ง	5,700	
83	44260	CT Larynx	ครั้ง	5,700	
84	44261	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	
85	44301	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
86	44302	High resolution CT (Lungs)	ครึ่ง	4,000	เป็นราคาเพิ่มจากรายการตรวจ CT พื้นฐาน
87	44310	CTA Chest	ครึ่ง	12,000	
88	44311	CTA for Pulmonary Emboli	ครึ่ง	12,000	
89	44401	Cardiac function graft full cardiac function including coronary artery angiogram	ครึ่ง	18,000	
90	44402	CTA Coronary artery	ครึ่ง	13,000	
91	44420	CTA Aorta (1 part)	ครึ่ง	12,000	
92	44421	CTA Whole aorta	ครึ่ง	16,000	
93	44501	CT Upper abdomen	ครึ่ง	5,000	
94	44502	CT Lower abdomen	ครึ่ง	5,000	
95	44503	CT Whole abdomen	ครึ่ง	9,500	
96	44510	CTA Liver donor	ครึ่ง	12,000	
97	44511	CT Pancreas spiral	ครึ่ง	5,000	
98	44610	CT Kidney spiral	ครึ่ง	5,000	
99	44611	CTA Renal artery	ครึ่ง	12,000	
100	44612	CT Adrenal	ครึ่ง	5,000	
101	44701	CT Extremity and joint per part	ครึ่ง	5,000	
102	44710	Bone density: CT	ครึ่ง	2,500	
103	44750	CTA Arm	ครึ่ง	12,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
104	44901	Using Nonionic CM add	50 ml.	750	
105	44910	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุ set sterile และ set semiautomatic needle
		MRI, MRA, MRV, MRCP			
106	45001	MRI 1 small part or small organ	ครั้ง	4,000	
107	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000	
108	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000	
109	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
110	45010	MRA 1 part	ครั้ง	9,100	
111	45011	MRV (one part)	ครั้ง	9,100	
112	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
113	45021	MRA + MRV	ครั้ง	12,000	
114	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
115	45030	MR SRT or SRS	ครั้ง	4,000	
116	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
117	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
118	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
119	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
120	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	
121	45111	MR Cisternography	ครั้ง	8,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
122	45120	MRI Base of skull	ครั้ง	4,000	
123	45121	MRI Cavernous sinus	ครั้ง	4,000	
124	45130	MRI Cranial nerve	ครั้ง	4,000	
125	45140	MRI Spine 1 part	ครั้ง	8,000	
126	45141	MRI Whole spine	ครั้ง	16,000	
127	45150	MRI Myelogram	ครั้ง	8,000	
128	45160	MRI Brachial plexus	ครั้ง	13,500	
129	45161	MRI LS - Plexus	ครั้ง	8,000	
130	45162	MRI Sacral plexus	ครั้ง	4,000	
131	45201	MRI TM joint	ครั้ง	8,000	
132	45211	MRI Orbits	ครั้ง	8,000	
133	45220	MRI 3D IAC	ครั้ง	4,000	
134	45230	MRI Nasopharynx	ครั้ง	8,000	
135	45231	MRI PNS	ครั้ง	8,000	
136	45240	MRI Oropharynx	ครั้ง	8,000	
137	45250	MRA Carotid	ครั้ง	12,000	
138	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000	
139	45261	MRI Thyroid glands	ครั้ง	8,000	
140	45301	MRI Chest	ครั้ง	8,000	
141	45302	MRV Chest	ครั้ง	12,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
142	45310	MRA Pulmonary	ครั้ง	12,000	
143	45320	MRI Mediastinum	ครั้ง	4,000	
144	45330	MRI Breast (1 side)	ครั้ง	8,000	
145	45331	MRI Breasts (2 sides)	ครั้ง	12,000	
146	45332	MRI Guided breast biopsy	ครั้ง	8,000	
147	45401	MRI Heart	ครั้ง	8,000	
148	45402	MRI Heart + perfusion	ครั้ง	12,000	
149	45403	MRI Heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000	
150	45404	MRI Heart screening ASD	ครั้ง	4,000	
151	45410	MRA Heart	ครั้ง	12,000	
152	45420	MRA Aorta	ครั้ง	12,000	
153	45501	MRI Upper/Lower abdomen	ครั้ง	8,000	
154	45502	MRI Whole abdomen	ครั้ง	16,000	
155	45503	MRA Upper / Lower Abdomen	ครั้ง	12,000	
156	45504	MRA Whole Abdomen	ครั้ง	16,000	
157	45505	MRV upper/lower abd.	ครั้ง	12,000	
158	45510	MRI Pancrease	ครั้ง	4,000	
159	45511	MRCP only	ครั้ง	4,000	
160	45512	MRCP + Upper abdomen	ครั้ง	12,000	
161	45513	MRV Portal v.	ครั้ง	12,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
162	45601	MRI Pelvic cavity	ครั้ง	4,000	
163	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000	
164	45611	MRI Kidney	ครั้ง	4,000	
165	45612	MRI Adrenal gland	ครั้ง	4,000	
166	45613	MRA Renal artery	ครั้ง	12,000	
167	45640	MRI Prostate gland	ครั้ง	8,000	
168	45641	MRS Prostate gland	ครั้ง	4,000	
169	45642	MRI Prostate special coil	ครั้ง	12,000	
170	45701	MRI Bone/Joint/Extremity 1 part	ครั้ง	8,000	
171	45710	MR Arthrography	ครั้ง	8,000	
172	45760	MRA Femoral artery / Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
173	45761	MRV Femoral v.	ครั้ง	12,000	
174	45901	Using Gd contrast medium (15 ml)	15 ml	2,500	
175	45902	Using Ferucarbotran contrast medium (vial)	Vial	9,050	
		เวชศาสตร์นิวเคลียร์: การวินิจฉัย			
176	47001	Iodine-131 whole body scan	ครั้ง	2,900	
177	47002	MIBI whole body scan	ครั้ง	4,100	
178	47003	Technitium-99m White blood cell tagged whole body sca	ครั้ง	8,000	
179	47004	Gallium-67 citrate whole body scan	ครั้ง	13,500	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
180	47053	Iodine-131 MIBG whole body scan	ครั้ง	12,000	
181	47054	Technitium-99m Hynic-TOC whole body scan (Octreoscan)	ครั้ง	18,500	
182	47055	Technitium-99m red blood cell tagged whole body scan	ครั้ง	4,500	
183	47201	Parotid/Salivary scan	ครั้ง	2,800	
184	47202	Parathyroid scan	ครั้ง	4,000	
185	47203	Thyroid uptake	ครั้ง	500	
186	47204	Thyroid scan	ครั้ง	800	
187	47206	Thyroid study (Perchlorate washout test)		2,000	
188	47401	Heart - MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
189	47402	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium-201) rest and stress	ครั้ง	8,300	
190	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
191	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
192	47405	Lymphatic/sentinel node scan - (Technitium-99m nanocolloid)	ครั้ง	7,400	
193	47406	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium-201) rest only	ครั้ง	4,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
194	47407	Heart - Technitium-99m PYP scan for cardiac amyloidosis	ครึ่ง	5,100	
195	47408	Lung aspiration scan (salivagram)	ครึ่ง	2,000	
196	47409	Lung perfusion scan	ครึ่ง	5,800	
197	47410	Lung ventilation scan	ครึ่ง	5,800	
198	47411	Lung shunting scan - hepatic tumor (Technitium-99m MAA)	ครึ่ง	5,800	
199	47412	Pleuroperitoneal scan	ครึ่ง	5,600	
200	47501	GI bleeding scan (Phytate)	ครึ่ง	2,300	
201	47502	GI bleeding scan (RBC)	ครึ่ง	4,700	
202	47503	GI scan (Albumin)	ครึ่ง	7,600	
203	47504	GI- Gastric emptying time scan	ครึ่ง	3,200	
204	47505	Meckel's diverticulum scan	ครึ่ง	4,000	
205	47506	Liver scan (Phytate)	ครึ่ง	2,100	
206	47507	Liver scan (RBC)	ครึ่ง	3,500	
207	47508	Hepatobiliary scan	ครึ่ง	5,800	
208	47509	GI- Esophageal transit scan	ครึ่ง	3,000	
209	47510	Brain - Cisternoscintigraphy	ครึ่ง	6,600	
210	47511	GI- Gastro-esophageal reflux (Milk) scan	ครึ่ง	3,000	
211	47512	Additional SPECT/SPECT-CT 1 part	PART	2,500	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
212	47513	Bladder/KUB - Radionuclide cystography	ครั้ง	3,500	
213	47514	Blood volume	ครั้ง	3,500	
214	47516	Brain - Ventriculoperitoneal shunt scan	ครั้ง	6,600	
215	47601	Renal scan - DMSA	ครั้ง	3,500	
216	47602	Renal scan - Captopril renogram	ครั้ง	3,700	
217	47603	Renal scan - Furosemide renogram	ครั้ง	3,700	
218	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,300	
219	47605	Renal study - GFR (Blood DTPA)	ครั้ง	3,000	
220	47606	Spleen scan (Technitium-99m Heat Treated RBC)	ครั้ง	4,000	
221	47607	Spleen/marrow scan	ครั้ง	4,500	
222	47701	Bone scan	ครั้ง	2,900	
		เวชศาสตร์นิวเคลียร์: การรักษา			
223	48001	Rx Sr-89	ครั้ง	60,000	
224	48002	Rx Sm-153 50 mCi (Samarium Sm 153 lexidronam)	ครั้ง	10,000	
225	48201	Rx Hyperthyroid I-131: 1-30 mCi	ครั้ง	1,500	
226	48202	Rx CA Thyroid with I-131 (OPD)	ครั้ง	3,000	
227	48203	Rx CA Thyroid with I-131: 31-100 mCi	ครั้ง	12,000	
228	48204	Rx CA Thyroid with I-131: 101-150 mCi	ครั้ง	17,000	
229	48205	Rx CA Thyroid with I-131: 151-200 mCi	ครั้ง	22,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
230	48208	Post treatment I-131 scan	ครั้ง	4,000	
231	48209	I-MIBG treatment (30 mCi)	ครั้ง	20,000	
232	48210	I-MIBG treatment (150 mCi)	ครั้ง	85,000	
		ค่าบริการรังสีรักษา			
233	49001	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	ครั้ง	900	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
234	49002	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	800	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
235	49003	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	1,500	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
236	49004	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	ครั้ง	4,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
237	49005	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	6,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
238	49006	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติด้วยเครื่อง simulator	ครั้ง	1,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
239	49101	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	Field	300	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
240	49201	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	Field	500	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
241	49202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค MLC	Field	600	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
242	49203	การฉายรังสีด้วยลำแสงอิเล็กตรอน	Field	600	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
243	49206	การฉายรังสีด้วย orthovoltage หรือ superficial voltage	ครั้ง	300	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
244	49207	Total body irradiation	ครั้ง	20,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
245	49208	Half body irradiation	ครั้ง	4,100	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
246	49304	การฉายรังสี 3D-CRT	ครั้ง	2,500	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
247	49305	การฉาย 3D-CRT (IMRT)-Planning	ครั้ง	10,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
248	49306	การฉาย 3D-CRT (IMRT)-ฉาย IMRT	วัน	4,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
249	49601	การทำ Customized block	ครั้ง	1,600	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
250	49602	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (MASK)	ครั้ง	2,400	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
251	49603	การทำ Mould brachytherapy	ครั้ง	2,000	กรณีไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
หมวด 9. ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ					
		การตรวจทางประสาทวิทยา			
252	51110	Scalp E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	900	
253	51111	Scalp & Sphenoid E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
254	51112	Scalp & Sleep Record E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
255	51113	Multiple sleep latency test (ICD-9-CM 89.18)	ครั้ง	5,500	
256	51114	Scalp EEG 10-20 system (32 ช่อง)	ครั้ง	1,800	
257	51115	Scalp EEG & Nasopharynx (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
258	51116	Scalp EEG & Sleep deprivation (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
259	51117	Scalp EEG & VDO monitoring (4-8 hours)	ครั้ง	4,200	
260	51118	Scalp EEG & VDO monitoring (24 hours)	ครั้ง	4,800	
261	51119	Intra-Op Cortical EEG	ครั้ง	3,000	ไม่รวมค่าอุปกรณ์
262	51120	Polysomnogram (ICD-9-CM 89.17)	ครั้ง/คืน	7,000	เหมาจ่ายรวม ค่าห้อง อาหาร และ แพลต ผล
263	51130	Auditory brain stem response (ABR)	ครั้ง	500	
264	51131	Brain stem evoked potential response	ครั้ง	700	
265	51133	Standard Pattern-Shift VER	ครั้ง	700	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
266	51134	Flash VER	ครั้ง	700	
267	51140	การตรวจวัดความเร็วของเส้นประสาท (Nerve conduction velocity)	ต่อเส้น/ ต่อครั้ง	500	
268	51141	การตรวจกล้ามเนื้อและประสาท (Electro myography)	limb	500	
269	51142	การตรวจระบบกล้ามเนื้อและประสาทโดยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (Somato-sensory evoked potential)	ต่อเส้น/ ต่อครั้ง	700	
		การตรวจทางจักษุ โสต นาสิก			
270	51212	การฉีดสีเพื่อดูจอประสาทตา (Fundus fluorescein angiography)	ครั้ง	1,000	
		การตรวจเกี่ยวกับปอด			
271	51310	Lung Function Test - Spirometry (Peak flow)	ครั้ง	30	
272	51311	Lung Function Test - Spirometry (Pulmonary Function Test)	ครั้ง	300	
273	51312	Lung Function Test - Spirometry (Pre & post Bronchodilator PFT)	ครั้ง	400	รวมค่ายา
274	51313	Lung Function 32 - Lung Volume Study (+ DLCO)	ครั้ง	1,000	รวมค่า CO
275	51314	Lung Function 32 - Cardiopulmonary Exercise 32 (CPET)	ครั้ง	1,500	รวมค่า Gas
		การตรวจเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด			
276	51410	E.C.G. (Electrocardiography)	ครั้ง	200	รวม red dot

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
277	51411	Exercise stress test	ครั้ง	1,500	
278	51412	Holter monitor	ครั้ง	2,000	
279	51430	Tilt table test	ครั้ง	2,000	
280	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000	
281	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000	
282	51422	Transesophageal Echocardiogram	ครั้ง	2,000	
283	51423	Dobutamine Echocardiography	ครั้ง	4,000	ไม่รวมค่ายา
284	51440	Transcranial Doppler Ultrasound	ครั้ง	2,000	
285	51441	Carotid Duplex Scan	ครั้ง	1,500	
		การตรวจภาวะตีบตันของหลอดเลือดส่วนปลาย			
286	51460	Ankle-Brachial index (A.B.I)	ครั้ง	500	
287	51461	Toe-Brachial Index (T.B.I)	ครั้ง	700	
		การตรวจทางระบบปัสสาวะ			
288	51610	Uroflowmetry	ครั้ง	200	
289	51611	Urometry	ครั้ง	1,000	
หมวด 11. ค่าทำหัตถการและวิสัญญี					
		ทั่วไป			
290	71011	การฟื้นคืนชีพ	ครั้ง	900	รวมการใช้เครื่อง Defibrillation แต่ ไม่รวมยา และ ET tube
		การตรวจรักษาทางประสาทวิทยา			

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
291	71121	Lumbar puncture	ครั้ง	200	
		ตา หู คอ จมูก			
292	71210	Remove eye FB	ครั้ง	70	
293	71211	I & D ทางตา/ข้าง	ครั้ง	90	
294	71220	การขยายม่านตาและดูจอประสาทตา	ครั้ง (visit)	50	
295	71230	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากหู	ครั้ง	100	
296	71240	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากจมูก	ครั้ง	120	ไม่รวม Fiber optic
297	71241	Nasal packing, anterior	ครั้ง	120	
298	71242	Nasal packing, anterior and posterior	ครั้ง	1,000	รวมยาและวัสดุ packing
299	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800	
300	71260	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากคอ	ครั้ง	120	ไม่รวม Fiber optic
301	71270	Direct FOL laryngoscopy	ครั้ง	1,000	
302	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
303	71272	Microdirect laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
		ทางเดินหายใจและปอด			
304	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
305	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
306	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
307	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
308	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	
309	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
310	71333	FOL Bronchoscopy & treatment(laser,heat)	ครั้ง	2,600	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
311	71340	เจาะปอด (Diagnostic thoracocentesis)	ครั้ง	200	
312	71341	การระบายเอาน้ำในช่องปอดออก (Chest Drain)	ครั้ง	400	ไม่รวมสาย chest drain (รหัส 3101)
313	71342	ตัดเยื่อช่องปอด (Pleural Biopsy)	ครั้ง	300	
		ทางเดินอาหาร			
314	71510	เจาะท้องเอาน้ำออก (Abdominal Paracentesis)	ครั้ง	200	
315	71511	การดูดหนองจากฝีที่ตับ (Liver Aspiration)	ครั้ง	250	
316	71512	การเจาะชิ้นเนื้อตับส่งตรวจพยาธิ (Liver Biopsy)	ครั้ง	250	
317	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
318	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VD - ไม่รวมค่าดมยา
319	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
320	71532	การใส่ Zengstaken Intubation	ครั้ง	450	รวมการพยาบาลดูแลสาย
321	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO -ไม่รวมค่าดมยา
322	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	ไม่รวมค่าดมยา
323	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding
324	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrenaline -ไม่รวมค่าดมยา
325	71544	Gastroduodenoscopy & sclerotherapy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/ หรือ Probe ที่ใช้

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
326	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
327	71550	การส่องตรวจทวารหนัก (Proctoscopy)	ครั้ง	40	
328	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
329	71552	Banding Hemorrhoid	ครั้ง	250	
330	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	
331	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ
332	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
333	71570	การทำ Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP)	ครั้ง	6,500	รวมอุปกรณ์พื้นฐานในการวินิจฉัย สาย catheter และ GW ไม่รวมค่าฟิล์มและอุปกรณ์เพื่อการรักษา เช่น stent, brush, balloon, sphincterostomy
รังสีร่วมรักษา: Non-vascular Intervention					
334	72610	PTBD (ราคาเหมาจ่าย)	ครั้ง	13,000	รวมอุปกรณ์พื้นฐาน Set introducer access สาย PTBD
รังสีร่วมรักษา : vascular intervention and other interventions					
335	72940	Fluoroscope	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐานในหัตถการ ถูมือ Mask ผ้าปู
336	72941	DSI	ครั้ง	5,000	
337	72942	DSA 1 plane	ครั้ง	12,000	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
338	72943	DSA 2 planes	ครั้ง	18,000	เสียคลุม การใช้เอกซเรย์ เครื่องมือวัด สัญญาณชีพผู้ป่วย
339	1241	Destruction of lesion of iris, nonexcisional Destruction of lesion of iris by : cauterization , cryotherapy ,photocoagulation	ครั้ง	1,500	
340	1273	Cyclophotocoagulation	ครั้ง	4,000	
341	1434	Repair of retinal tear by laser photocoagulation	ครั้ง	2,000	
342	1454	Repair of retinal detachment with laser photocoagulation	ครั้ง	2,000	
343	4411	Transabdominal gastroscopy	ครั้ง	1,300	
344	4412	Gastroscopy through artificial stoma	ครั้ง	1,300	
345	4413	Other gastroscopy	ครั้ง	1,300	
346	5731	Cystoscopy through artificial stoma	ครั้ง	2,000	
347	5732	Other cystoscopy	ครั้ง	2,000	
348	6400	Circumcision	ครั้ง	2,500	เหมาจ่าย 2,500 บาท/visit
หมวด 12.ค่าบริการพยาบาล					
349	55210	การล้างตา/ล้าง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	80	
350	55211	เช็ดตา (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	50	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
351	55212	ล้างท่อน้ำตา	ครั้ง (visit)	80	
352	55220	ค่าล้างจมูก/ล้าง	ครั้ง (visit)	80	
353	55310	การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)	ครั้ง (visit)	100	รวม Airway
354	55311	การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม	ครั้ง (visit)	60	รวมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น O2, ถุงมือ เป็นต้น ,ไม่รวมสาย Suction
355	55320	การพ่นยาขยายหลอดลม	ครั้ง (visit)	60	รวมทุกอย่าง เช่น Syringe, Needle, O2, NSS , ไม่รวมยา
356	55510	การใส่สายยางกระเพาะอาหาร	ครั้ง (visit)	80	ไม่รวมสายสวนและถุง
357	55511	การให้อาหารทางสายยาง	ครั้ง (visit)	70	
358	55512	การล้างกระเพาะอาหาร	ครั้ง (visit)	260	รวมน้ำเกลือที่ใช้ล้างด้วย 3-7 ลิตร
359	55520	การตรวจทางทวารหนัก	ครั้ง (visit)	70	รวมวัสดุ
360	55521	การสวนอุจจาระด้วยน้ำเกลือ	ครั้ง (visit)	100	เพิ่มน้ำเกลือ 2 ขวด

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
361	55610	การสวนปัสสาวะทิ้ง	ครั้ง (visit)	110	รวมสายสวนและน้ำยา
362	55611	การสวนปัสสาวะคาสาย	ครั้ง (visit)	110	ไม่รวมสายสวนและถุง
363	55612	การล้างกระเพาะปัสสาวะ	ครั้ง (visit)	160	รวมน้ำเกลือที่ใช้ล้าง 3 ลิตร
364	55620	การตรวจภายใน	ครั้ง (visit)	120	รวมน้ำยา ถูมมือ
365	55621	การสวนล้างช่องคลอด	ครั้ง (visit)	240	รวมชุด และน้ำยา
366	55810	การทำแผลแห้ง/แผลเย็บ	ครั้ง (visit)	80	รวม Set น้ำยา พลาสเตอร์ กอส และ สำลีที่อยู่ในชุด อย่างละ 5-7 ชิ้น
367	55811	การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	ครั้ง (visit)	170	รวมเพิ่ม Top dressing 3-7 ชิ้น Sterile glove, Syringe
368	55812	การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (>15 นาที)	ครั้ง (visit)	320	รวมเพิ่ม Top dressing 8-12 ชิ้น Sterile glove, Syringe
369	55820	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	120	รวม IV set, T-way, extension, IV catheter, ไม่รวมสารน้ำ
370	55822	การฉีดยา IV (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe
371	55823	การฉีดยา IM (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	รหัส/ ICD	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
372	55824	การฉีดยาใต้ผิวหนัง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	TMT	concept	รายการยาตามรหัส TMT	ชนิด วัคซีน	ราคากลาง
373	762684	TPU	TRCS ERIG (สถานเสาวภา สภากาชาดไทย) (rabies immunoglobulin (horse) 1000 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	ERIG	เหมาจ่าย 1,600 บาท
	1027118	TPU	EQUIRAB (BHARAT SERUMS AND VACCINES, INDIA) (rabies immunoglobulin (horse) 1000 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	ERIG	
	790886	TPU	VINRAB (VINS BIOPRODUCTS, INDIA) (rabies immunoglobulin (horse) 1000 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	ERIG	
	813587	TPU	FAVIRAB (SANOFI PASTEUR, FRANCE) (rabies immunoglobulin (horse) 1000 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	ERIG	
374	762856	TPU	RABUMAN BERNA (BERNA BIOTECH, SWITZERLAND) (rabies immunoglobulin (human) 300 iu/2 mL) solution for injection, 2 mL ampoule	HRIG	เหมาจ่าย 12,100 บาท
	794128	TPU	BERIRAB P (CSL BEHRING, GERMANY) (rabies immunoglobulin (human) 1500 iu/10 mL) solution for injection, 10 mL vial	HRIG	
	794144	TPU	BERIRAB P (CSL BEHRING, GERMANY) (rabies immunoglobulin (human) 300 iu/2 mL) solution for injection, 2 mL ampoule	HRIG	

รายการที่มีการกำหนดราคากลางผู้ป่วยนอก จำนวน 375 รายการ

ลำดับ	TMT	concept	รายการยาตามรหัส TMT	ชนิด วัคซีน	ราคากลาง
	794163	TPU	BERIRAB P (CSL BEHRING, GERMANY) (rabies immunoglobulin (human) 750 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	HRIG	
	797929	TPU	HRIG (ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย) (rabies immunoglobulin (human) 750 iu/5 mL) solution for injection, 5 mL vial	HRIG	
	815326	TPU	KAMRAB (KAMADA, ISRAEL) (rabies immunoglobulin (human) 300 iu/2 mL) solution for injection, 2 mL vial	HRIG	
	831085	TPU	IMOGAM RABIES (SANOFI PASTEUR, FRANCE) (rabies immunoglobulin (human) 300 iu/2 mL) solution for injection, 2 mL vial	HRIG	
375	761750	TPU	TETANUS ANTITOXIN (EQUINE) (องค์การเภสัชกรรม) (tetanus immunoglobulin of equine origin 1500 iu/1 mL) solution for injection, 1 mL ampoule	TAT	455 บาท
	857382	TPU	TETANUS ANTITOXIN B.P. (SERUM INSTITUTE OF INDIA, INDIA) (tetanus antitoxin 1500 iu/1 mL) solution for injection, 1 mL ampoule	TAT	
	1052401	TPU	TETANUS ANTITOXIN (VINS BIOPRODUCTS, INDIA) (tetanus immunoglobulin of equine origin 1000 iu/1 mL) solution for injection, 1 mL vial	TAT	

หมายเหตุ

- ◆ หลักเกณฑ์การจ่าย : จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคากลาง
- ◆ กรณีการฉีดวัคซีน Rabies vaccine ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ค่า rabies vaccine ค่าทำแผล ค่าฉีดยา ค่าวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ค่า rabies immunoglobulin และค่าใช้จ่ายที่ให้บริการในครั้งนั้น) ส่งใบโปรแกรม OP BKK CLAIM สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ของแต่ละ OP TYPE ยกเว้นค่า Rabies vaccine จ่ายชดเชย 0.00 บาท และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะรวบรวมข้อมูล Rabies vaccine ดังกล่าว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดสรรวัคซีนให้แก่หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชย

1. จ่ายชดเชยค่าบริการกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ในกรุงเทพมหานคร ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลหรือคลินิก (ตรงตามบัตร) ศูนย์บริการสาธารณสุขบันทึกข้อมูล OP TYPE 6 ได้แก่
 - ◆ กรณีบัตร ศบส.-โรงพยาบาล จ่ายชดเชยอัตรา 160 บาท/ครั้ง ยกเว้นเครือข่ายที่มีข้อตกลงกันในอัตราอื่น เช่น จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง
 - ◆ กรณีบัตร ศบส.-คลินิก-โรงพยาบาล จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ยกเว้นรายการที่มีการกำหนดราคากลาง
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ Clearing house โดยหักจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของหน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลหรือคลินิก) จ่ายให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
3. ตามมติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2558 วันที่ 31 มีนาคม 2558 เห็นชอบในข้อตกลงเรื่องแนวทางการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาล หรือคลินิก ดังนี้
 - 1) กรณีผู้ป่วยมารับบริการ 2 visit ใน 1 วัน หรือรับบริการ 2 แผนกในวันเดียวกัน
 - ◆ การรับบริการรักษาโรคทั่วไป และรับบริการทันตกรรม ให้จ่ายชดเชยทั้ง 2 visit
 - ◆ กรณีเครือข่ายที่มีการตกลงจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ให้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท เฉพาะ visit แรก ส่วน visit ที่ 2 ไม่ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท
 - ◆ กรณี visit ที่ 2 ไม่ใช่บริการด้านทันตกรรม ขอให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รักษานั้น บันทึกชี้แจงรายละเอียดในโปรแกรม OP BKK CLAIM ในหัวข้อ “อาการสำคัญที่มา” เพื่อให้หน่วยบริการประจำพิจารณา
 - 2) กรณีการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมที่ศูนย์บริการสาธารณสุขโดยไม่มีใบส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการด้านทันตกรรมที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้
 - 3) การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (50 บาท)
 - ◆ กรณีให้บริการผู้ป่วย แต่ไม่มีการจ่ายยาหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ฟิงผลเลือดหรือผลเอกซเรย์แล้วไม่มีค่าใช้จ่ายค่า lab หรือค่ายา ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ในกรณีพบแพทย์
 - ◆ กรณีมารับบริการ แต่ไม่ได้พบแพทย์ เช่น เจาะเลือด x-ray ทำแผล นัดฉีดยา ให้เรียกเก็บเฉพาะค่าบริการตามกิจกรรมนั้นๆ

4) กรณีตรวจสุขภาพประจำปี

- ◆ ถ้าการตรวจในครั้งนั้นเกี่ยวเนื่องกับการรักษาโรคของผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการประจำได้
- ◆ กรณีผู้ป่วยขอตรวจเลือด/ขอตรวจสุขภาพประจำปี และไม่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจเลือด ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการประจำได้
- ◆ หากการตรวจเป็นไปตามเงื่อนไขของการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่กำหนดไว้ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในโปรแกรม BPPDS

5) ใบส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

- ◆ กรณีแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควรส่งตัวต่อที่โรงพยาบาล แพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถออกหนังสือส่งต่อได้ โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยกลับไปขอหนังสือส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ
- ◆ กรณีผู้ป่วยขอหนังสือส่งต่อ หากศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถรักษาได้ ไม่เกินศักยภาพ ขอให้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้การรักษาเองโดยไม่ส่งต่อ
- ◆ กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแล้วมีการนัด โดยให้ผู้ป่วยไปเจาะเลือดที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อน ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการประจำได้ โดยให้ระบุเหตุผลชี้แจงในอาการสำคัญให้ชัดเจน
- ◆ กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขออกหนังสือส่งต่อ (สำหรับเครือข่ายที่มีข้อตกลงการจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ให้เรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอก 50 บาท จากหน่วยบริการประจำได้)
- ◆ กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขออกหนังสือส่งต่ออย่างเดียวโดยไม่มีการรักษาหรือจ่ายยาใดๆเลย (สำหรับเครือข่ายที่มีข้อตกลงการจ่าย 160 บาท/visit ให้มีการจ่าย 160 บาทด้วย)

6) กรณีผู้ป่วยมารับยาก่อนวันนัด ให้ระบุสาเหตุในหัวข้ออาการสำคัญ

7) กรณีการให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง

- ◆ การปฏิเสธการจ่ายด้วยเหตุผล “จ่ายยาเกินการวินิจฉัย” เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคหรือการให้รหัสโรคไม่ครบถ้วน ให้ปรับปรุงข้อความเหตุผลการปฏิเสธเป็น “การจ่ายยาไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัย”
- ◆ กรณีหน่วยบริการประจำปฏิเสธว่า การให้รหัสโรคไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส เช่นการให้รหัสสาเหตุภายนอกที่ทำให้บาดเจ็บไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสขาดตำแหน่งที่ 4,5 ขอให้อนุมัติจ่าย (เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความเข้าใจทางด้านวิชาการในการให้รหัส)

8) กรณีหน่วยบริการประจำปฏิเสธการจ่ายยา HUMULIN 70/30 CARTRIDGE 3 ML แบบปากกา ศูนย์บริการสาธารณสุขชี้แจงเหตุผลในการให้ยาผู้ป่วยโดยไม่คิดค่า syringe ขอให้อนุมัติการจ่าย

- 9) กรณีการอุทธรณ์ ให้อุทธรณ์ผ่านโปรแกรม OPBKK CLAIM
- 10) กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลตลอด ขอให้แนะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำ โดยแพทย์ผู้รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสรุปข้อมูลการรักษาให้แพทย์ที่คลินิกทราบ

การจ่ายชดเชยค่ายาตามราคาเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดราคายาตามราคาเบิกจ่ายสำหรับหน่วยบริการในกรุงเทพมหานครกรณีบริการผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการปรับปรุงรายการยาที่มีการกำหนดใช้ราคาเบิกจ่าย ของปีงบประมาณ 2558 – 2562 ให้เป็นปัจจุบัน ดังนี้

1. รายการยา 2 กลุ่ม ที่เริ่มกำหนดราคาเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2558 ได้แก่
 - 1) Antiepileptic drug
 - 2) Antipsychotic drug
2. รายการยา 6 กลุ่ม ที่กำหนดราคาเบิกจ่ายเพิ่มในปีงบประมาณ 2559 ได้แก่
 - 1) Anti-glaucomas
 - 2) Anti-parkinson
 - 3) Inhale corticosteroids
 - 4) Benige prostatic hyperplasias
 - 5) Specific anti-rheumatics
 - 6) Drug use for Thalassemia
3. รายการยา 2 กลุ่ม ที่กำหนดราคาเบิกจ่ายเพิ่มในปีงบประมาณ 2560 ได้แก่
 - 1) Antithrombotic agents
 - 2) Immunosuppressants
4. รายการยา 2 กลุ่ม ที่กำหนดราคาเบิกจ่ายเพิ่มเติม ในปีงบประมาณ 2561 ได้แก่
 - 1) Lipid modifying agents
 - 2) Drugs for acid related disorders
5. รายการ 2 กลุ่ม ที่กำหนดราคาเบิกจ่ายเพิ่มเติม ในปีงบประมาณ 2562 ได้แก่
 - 1) ยาเบาหวาน
 - 2) Insulin

หมายเหตุ

1. ปีงบประมาณ 2562 ทีมงานวิจัยได้มีการศึกษาการกำหนดราคายา ที่จะใช้สำหรับเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2563 เพิ่มเติม ได้แก่ กลุ่มยา antihypertensive อยู่ระหว่างการดำเนินการกำหนด ราคาและเสนอผู้เกี่ยวข้องพิจารณา
2. การปรับปรุงราคาเบิกจ่ายของรายการยา ปีงบประมาณ 2558-2562 ให้เป็นปัจจุบัน อยู่ระหว่างการพิจารณา ปรับวิธีการคำนวณ ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2563 จึงขอใช้รายการและราคาเบิกจ่ายตามราคาเดิมไปก่อน เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้ว สำนักงานฯ จะประกาศใช้ราคาเบิกจ่ายใหม่ต่อไป

การจ่ายชดเชยค่าบริการทันตกรรมรักษา

ในกรุงเทพมหานคร หน่วยบริการในระบบทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน มีการให้บริการด้านทันตกรรม สำหรับประชาชนทุกสิทธิ ระยะเวลารอคอยนาน ประชาชนมีการเข้าถึงบริการน้อย ประชาชนบางส่วนที่รอคิวนานจึง มีการไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมนอกระบบ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้น เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษาด้านทันตกรรม และเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมรักษา สำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการรับสมัครและขึ้นทะเบียนคลินิกทันตกรรมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และให้หน่วยบริการที่มีบริการทันตกรรม ในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 มีการกั้นงบประมาณผู้ป่วยนอกไว้ใช้สำหรับจ่ายค่าบริการทันตกรรมรักษา 20 บาท/ประชากร

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร
2. เข้ารับบริการทันตกรรมรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล/คลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม
3. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายการทันตกรรมรักษาและอัตราการจ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรมรักษา

ลำดับ	รายการ	รหัส เหตุการณ์ (ICD 9)	รหัสเบิกจ่าย กรมบัญชีกลาง	อัตราที่ จ่าย ชดเชย	เงื่อนไขการ รับบริการ
1	ขูดหินน้ำลายทั้งปาก	9654	64101	400	1ครั้งต่อปี
2	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam ด้านเดียว	232	67201	350	
3	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 2 ด้าน		67202	400	
4	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 3 ด้าน		67203	500	
5	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 4 ด้านขึ้นไป		67204		
6	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันด้านเดียว		67210	350	
7	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 2 ด้าน		67211	400	
8	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 3 ด้าน		67212	500	
9	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 4 ด้านขึ้นไป		67213		
10	ถอนฟัน		2301/2309	62101/62102/ 62103	
11	Pulpotomy ฟันน้ำนม	2370	63102	480	
12	Pulpectomy (ฟันน้ำนม) ฟันหน้า		63104	970	
13	Pulpectomy (ฟันน้ำนม) ฟันหลัง		63105		

ลำดับ	รายการ	รหัส หัตถการ (ICD 9)	รหัสเบิกจ่าย กรมบัญชีกลาง	อัตราที่ จ่าย ชดเชย	เงื่อนไขการ รับบริการ
14	Intra oral film (Full-mouth x-ray of teeth)	8711	41202	120	1 ครั้ง (film)/visit เฉพาะกรณี pulpectomy และการถอน ฟันที่มีข้อ บ่งชี้

การส่งข้อมูลบริการทันตกรรมและการจ่ายชดเชยค่าบริการ

- หน่วยบริการที่มีบริการทันตกรรม สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน/ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน และบริการทันตกรรมรักษา โดยบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการดังนี้
 - ค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน/ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ให้บันทึกข้อมูลส่งในโปรแกรม BPPDS จ่ายชดเชยจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - บริการทันตกรรมรักษาตามรายการที่กำหนด บันทึกข้อมูลส่งในโปรแกรม OP BKK CLAIM จ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรมรักษา
- คลินิกทันตกรรม (หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม) ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน/ตรวจสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมรักษาได้ และบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการส่งในโปรแกรมออนไลน์
 - ค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จ่ายชดเชยจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ค่าบริการทันตกรรมรักษา จ่ายชดเชยจากกองทุนทันตกรรมรักษา
- กรณีที่มีการตรวจคัดกรองตามแนวทางดำเนินงานทันตกรรมเชิงรุกในโรงเรียน สามารถส่งต่อเด็กนักเรียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร ไปรับบริการทันตกรรมรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือคลินิกทันตกรรมที่เป็นหน่วยร่วมบริการได้ และคลินิกดังกล่าวบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการส่งในโปรแกรมออนไลน์ จ่ายชดเชยจากกองทุน ทันตกรรมรักษา

นิยาม OP TYPE (บริการผู้ป่วยนอก) ในกรุงเทพมหานคร

ประเภทของผู้ป่วยนอก (OP TYPE) ที่บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM แบ่งเป็น 9 ประเภท ได้แก่

- ◆ OP TYPE 0 : Refer ในบัญชีเครือข่าย
- ◆ OP TYPE 1 : Refer นอกบัญชีเครือข่าย
- ◆ OP TYPE 2 : AE ในบัญชีเครือข่าย
- ◆ OP TYPE 3 : AE นอกบัญชีเครือข่าย
- ◆ OP TYPE 4 : OP พิการ
- ◆ OP TYPE 5 : OP บัตรตัวเอง
- ◆ OP TYPE 6 : OP Clearing House ศูนย์บริการสาธารณสุข
- ◆ OP TYPE 7 : OP อื่นๆ (OP Individual)
- ◆ OP TYPE 9 : แพทย์แผนไทย

OP TYPE 0 : Refer ในบัญชีเครือข่าย

หมายถึง กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก จากหน่วยบริการประจำไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อตามบัตร เช่น

- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำ ภาคนพคลินิควงกรรม หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ป่วยไปรักษาที่ภาคนพคลินิควงกรรม และมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ถือว่าเป็นการส่งต่อในบัญชีเครือข่ายเดียวกัน ภาคนพคลินิควงกรรมต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

OP TYPE 1 : Refer นอกบัญชีเครือข่าย

หมายถึง กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก จากหน่วยบริการประจำไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อที่ไม่ตรงตามบัตร เช่น

- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำ ภาคนพคลินิควงกรรม หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ป่วยไปรักษาที่ภาคนพคลินิควงกรรม และมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เช่น ส่งไปโรงพยาบาลศิริราช หรือ ภาคนพคลินิควงกรรม ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แล้วโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศิริราช หน่วยบริการประจำคือภาคนพคลินิควงกรรม ต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อเป็นโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ไปรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศิริราช หน่วยบริการประจำคือโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

OP TYPE 2 : AE ในบัญชีเครือข่าย

หมายถึง กรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับบริการด้วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเข้ารับบริการตามบัตร เช่น

- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำ ภาคนพคลินิควะชกรรม หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หน่วยบริการประจำคือภาคนพคลินิควะชกรรม ต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

OP TYPE 3 : AE นอกบัญชีเครือข่าย

หมายถึง กรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเข้ารับบริการไม่ตรงตามบัตร เช่น

- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำ ภาคนพคลินิควะชกรรม หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุแล้วเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี กรณีนี้โรงพยาบาลราชวิถีต้องบันทึกข้อมูลการรักษาส่งในโปรแกรม OP BKK CLAIM สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุน OPAE ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- ◆ ผู้ป่วยหน่วยบริการประจำ คลินิกเปรมประชากรแพทย์ หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้ป่วยเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วเข้ารับบริการที่ภาคนพคลินิควะชกรรม กรณีนี้ภาคนพคลินิควะชกรรม ต้องบันทึกข้อมูลการรักษาส่งในโปรแกรม OP BKK CLAIM และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุน OPAE ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

OP TYPE 4 : OP พิการ

หมายถึง กรณีผู้ป่วยนอก สิทธิย่อยผู้พิการ หน่วยบริการประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่ฉุกเฉิน ที่หน่วยบริการทุกแห่งในกรุงเทพมหานคร ทั้งกรณีตรงบัตรและไม่ตรงบัตร หน่วยบริการที่รักษาส่งข้อมูลการรักษาในโปรแกรม OP BKK CLAIM และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุน OPAE ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

OP TYPE 5 : OP บัตรตัวเอง

หมายถึง กรณีหน่วยบริการรักษาผู้ป่วยบัตรของตัวเอง ซึ่งมีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำ บันทึกข้อมูลดังนี้

- ◆ กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- ◆ ทันตกรรมรักษา
- ◆ OP High cost

OP TYPE 6 : OP Clearing House ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายถึง กรณีผู้ป่วยบัตรศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
ได้แก่

- ◆ Model 1 , Model 4 : ผู้ป่วยหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อเป็นโรงพยาบาล เข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตรงตามบัตร ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้บริการส่งข้อมูลการรักษาในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือกรูปแบบ OP TYPE 6 และโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำเป็นผู้ตรวจสอบอนุมัติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ในการ clearing house ค่าใช้จ่ายโดยหักเงินจากโรงพยาบาลจ่ายให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขตามอัตราที่กำหนด
- ◆ Model ที่เกิดจากการลดความแออัด รูปแบบบัตรเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุข-คลินิก-โรงพยาบาล เข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตรงตามบัตร ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งข้อมูลการรักษาในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือกรูปแบบ OP TYPE 6 คลินิกซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำต้องตรวจสอบอนุมัติข้อมูล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ในการ clearing house ค่าใช้จ่ายโดยหักเงินจากคลินิกจ่ายให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขตามอัตราที่กำหนด
- ◆ Model หน่วยบริการประจำศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการรับส่งต่อ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ เข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตรงตามบัตร หรือส่งไปรักษาต่อที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือกรูปแบบ OP TYPE 6 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ เลือกรูปแบบ OP TYPE 0 หรือ 2 แล้วแต่กรณี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ในการ clearing house ค่าใช้จ่ายโดยประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการตามสัดส่วนภายใต้วงเงิน Global budget แต่ละเดือนตามข้อตกลง
- ◆ Model หน่วยบริการประจำศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการรับส่งต่อโรงพยาบาลกลาง หรือโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตรงตามบัตร ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เลือกรูปแบบ OP TYPE 6 โรงพยาบาลกลาง/โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เลือกรูปแบบ OP TYPE 0 หรือ 2 แล้วแต่กรณี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ในการ clearing house ค่าใช้จ่ายโดยประมวลผลการจ่ายชดเชยค่าบริการตามสัดส่วนภายใต้วงเงิน Global budget แต่ละเดือนตามข้อตกลง

OP TYPE 7 : OP อื่นๆ (OP Individual)

หมายถึง กรณีผู้ป่วยนอก สิทธิ UC ที่เข้ารับบริการที่ไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชยจากกองทุนใดๆเลย หน่วยบริการส่งข้อมูลในโปรแกรม OP BKK CLAIM เป็นข้อมูลในการคำนวณอัตราการเข้าถึงบริการ (UR) และเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงสำหรับค่าใช้จ่ายในระบบ

*** สัญญาให้บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อ 5 หน้าที่ของหน่วยบริการ ในข้อ 5.6 หน่วยบริการต้องส่งรายงาน ข้อมูล สถิติการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามที่สำนักงานฯ กำหนด ***

OP TYPE 9 : แพทย์แผนไทย

หมายถึง กรณีบริการแพทย์แผนไทยตามกิจกรรมที่กำหนด ได้แก่ นวด ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร การดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลได้เฉพาะหน่วยบริการที่สมัครให้บริการดังกล่าวเท่านั้น

การบริหารงบบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2563

งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น ในปีงบประมาณ 2563 รวมบริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ บริการส่องกล้อง [(Colonoscope) บริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) และบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)]

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท
- ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต

การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

- 1) คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย
- 2) กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อadjRW
- 3) กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต
- 4) กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW
- 5) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คุณด้วยอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW
- 6) กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ 1,500 กรัมขึ้นไป (การใช้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คุณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต
- 7) ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงิน

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต

ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version 5 และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

- 1) การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW
- 2) การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา 9,600 บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามที่ สปสช.กำหนดให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW
- 3) การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW
- 4) การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับ สถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเองจาก Global budget ระดับเขต
- 5) การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำน้ำวอกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
- 6) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW
- 7) สปสช.เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ภายใน 31 กรกฎาคม 2562 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) ทั้งนี้ให้ สปสช.เขต ติดตามผลการดำเนินงานและรายงานต่อ อปสช.ทุกไตรมาส
- 8) การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 ต่อ adjRW
- 9) การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิวในถุงน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่

คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW

- 10) สปสช.เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ชะลอการจ่าย จนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 11) ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วย ในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน
- 12) ให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน
- 13) ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่น ที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2563

แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563



1. การจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์กลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามเงื่อนไขพิเศษของเขตกรุงเทพมหานคร ภายใต้ความเห็นชอบของ อปสช. ดังนี้
 - 2.1 จ่ายเพิ่มเติมกรณีค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ Embolization 24 รายการ กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation : AVM) และภาวะที่มีการรั่วของหลอดเลือดแดง (Carotid Cavernous Fistula : CCF) ตามรายการแลอัตราที่ สปสช.กทม.กำหนด
 - 2.2 จ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในเพิ่มเติม กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) อัตราและหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายให้เป็นไปตามที่คณะทำงานพิจารณาอุทธรณ์ข้อมูลผู้ป่วยใน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กำหนด
3. กรณีโรงพยาบาลสำรองเตียง (โรงพยาบาลปิยะเวท) เฉพาะกรณีเด็กแรกเกิด จ่ายชดเชย adjRW ละ 12,500 บาท
4. อัตราการปรับลดค่าแรงของหน่วยบริการภาครัฐ (การหักเงินเดือน) ตามข้อตกลงจากการประชุมหารือหน่วยบริการภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ความเห็นชอบของ อปสช.
5. จัดสรรเบื้องต้นเพื่อให้หน่วยบริการมีสภาพคล่องในช่วงต้นปีงบประมาณ 3 เดือน (หรือไม่เกิน 25% ของเงินที่คาดว่าจะได้รับจัดสรรตามผลงานทั้งปี)

6. การส่งข้อมูลและจ่ายชดเชยให้เป็นไปตาม มาตรการรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายค่าใช้จ่ายตามระยะเวลาในการส่งข้อมูล โดยสปสช.จะลดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้
- 1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 30 วัน จ่ายในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด
 - 2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 60 วัน จ่ายในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด
 - 3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดแต่ไม่เกิน 330 วัน จ่ายในอัตราไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด ทั้งนี้อัตรานี้จะปฏิบัติตามวงเงินที่จัดไว้สำหรับการส่งช้าตามวงเงินที่เหลืออยู่ในลักษณะ Global Budget

เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ Embolization กองทุนผู้ป่วยในเขต 13 กรุงเทพมหานคร

	เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย
สิทธิการรักษา	ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร เท่านั้น
การวินิจฉัยโรค	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation : AVM) 2. ภาวะที่มีการรั่วของหลอดเลือดแดง (Carotid Cavemous Fistula : CCF)
การจ่ายชดเชย	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด (ใช้ตามอัตราการเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง)

รายการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ Embolization 24 รายการ
(จ่ายชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนผู้ป่วยใน เขต 13 กรุงเทพมหานคร)

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
1	4708	<p>สายสวนนำเข้าหลอดเลือดชนิดยาวพิเศษ (Long Introducer Sheath)</p> <p>ลักษณะ เป็นสายสวนนำที่มีขนาดยาวและแข็งกว่าสายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath) ที่ใช้แบบปกติ โดยการนำขึ้นไปวางไว้ที่รูเปิดของหลอดเลือดที่ต้องการผ่านทางลวดนำ (guidewire)</p> <p>ข้อบ่งชี้ ใช้เป็นช่องทางนำสายสวน, สายสวนขนาดเล็ก, ท่อค้ำยัน และวัสดุอุดอื่นที่ต้องการเข้าไปในหลอดเลือดนั้นถึงตำแหน่งของรอยโรค โดยเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือด femoral และ/หรือ aorta มีความโค้งงอมาก ด้วยความแข็งของ Introducer sheath นี้จะช่วยทำให้หัตถการรังสีร่วมรักษาประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งช่วยป้องกันไม่ให้สายสวนและอุปกรณ์อื่นๆ หลุดจากตำแหน่งที่ต้องการในระหว่างทำหัตถการ เพื่อการรักษาโรคตามข้อบ่งชี้เหมือนกับ สายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter)</p>	เส้นละ	8,000
2	4709	<p>สายสวนหลอดเลือดนำทางชนิดนุ่มและยาวพิเศษ (Intracranial Access Guiding Catheter)</p> <p>ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดตัวนำชนิดพิเศษที่มีความแข็งแรง แต่นุ่มและยาวกว่าสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) มีความยาวไม่ต่ำกว่า 110 ซม. โดยสามารถวางได้ใกล้ตำแหน่งรอยโรคของหลอดเลือดในสมองได้มากกว่าสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) จะช่วยให้การใส่อุปกรณ์อื่นๆ ในการรักษามีความแม่นยำ และสัมฤทธิ์ผลมากที่สุด</p> <p>ข้อบ่งชี้ ใช้เป็นช่องทางนำสายสวนขนาดเล็ก, วัสดุอุด, ของหลอดเลือดสมอง เพื่อรักษาโรคของหลอดเลือดสมองตามข้อบ่งชี้เดียวกับสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) ในกรณีเป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโค้งงอมาก</p>	เส้นละ	16,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
3	4710	<p>สายสวนหลอดเลือดนำทางชนิดมีลูกโป่งหุ้มอยู่ส่วนปลาย (Balloon Guiding Catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายนำสายสวนหลอดเลือดตัวนำ มีเส้นผ่านศูนย์กลางภายในขนาดใหญ่และแข็งแรงกว่าสายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Vascular Catheter) เพื่อใช้ใส่สายสวนขนาดเล็ก หรือวัสดุเพื่อการรักษาหลอดเลือดปลายทาง และมีลูกโป่งติดหุ้มอยู่ส่วนปลาย ขนาดของลูกโป่งสามารถควบคุมได้โดยการฉีดผ่านสายสวนส่วนที่อยู่นอกร่างกาย</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้สำหรับปิดกั้นการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดใหญ่ชั่วคราวในขณะที่ทำการรักษาผ่านทางหลอดเลือด (Endovascular Procedure) เพื่อไม่ให้มีการไหลเวียน (flow) ในขณะที่ปล่อยวัสดุอุด เพื่อป้องกันไม่ให้วัสดุอุดหลอดเลือดปลายทางเคลื่อน และป้องกันลิ่มเลือดผ่านไปยังหลอดเลือดปลายทาง ในการรักษาโรคดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลอดเลือดรั่วหรือฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง (Arterovenous Fistula, Arterial injury) 2. โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysms) 	เส้นละ	10,000
4	4711	<p>สายลวดนำสายสวน (Guidewires)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายลวดที่ใช้ใส่นำสายสวนเพื่อนำทางสายสวนไปวางในตำแหน่งที่ต้องการ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> เป็นสายลวดนำที่ต้องใช้ร่วมกับสายสวนหลอดเลือดเพื่อนำทางสายสวนหลอดเลือดไปวางในตำแหน่งของหลอดเลือดที่ต้องการ</p>	ชุดละ	800
5	4712	<p>สายลวดนำสายสวนชนิดมีความยาวพิเศษ (Exchange Guidewires)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายลวดนำสายสวนที่มีความยาวพิเศษต่างจากสายลวดนำสายสวนทั่วไป (Guidewire) โดยมีความยาวไม่ต่ำกว่า 260 ซม.</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้เพื่อการเปลี่ยนสายสวนหลอดเลือด (Catheter) จาก Diagnostic catheter มาเป็น Interventional Vascular Guiding Catheter ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโค้งงอมาก ในการทำหัตถการรังสีร่วมรักษา</p>	เส้นละ	2,500

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
6	4713	<p>สายลวดนำสายสวนชนิดมีลักษณะแข็งพิเศษ (Stiff Wires)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายลวดนำสายสวนที่มีลักษณะความแข็งพิเศษกว่าสายลวดนำสายสวนทั่วไป</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> สำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโค้งงอมาก เนื่องจากสายลวดนำสายสวนชนิดทั่วไปไม่สามารถเป็นตัวนำให้สายสวนหลอดเลือดเข้าถึงหลอดเลือดที่ต้องการได้</p>	เส้นละ	2,200
7	4714	<p>สายลวดนำสายสวนขนาดเล็กพิเศษ (Micro Guidewire)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายลวดนำสายสวนที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กพอดีกับ microcatheter ขนาดต่างๆสำหรับสวนหลอดเลือดส่วนปลาย</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้เพื่อการนำสายสวนขนาดเล็ก และอุปกรณ์ ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งชนิดไปยังหลอดเลือดเป้าหมายเพื่อการรักษาโรคเช่นเดียวกับข้อสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Microcatheter)</p>	เส้นละ	12,000
8	4715	<p>สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายสวนหลอดเลือดนำทางที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางภายในขนาดใหญ่และแข็งแรงกว่าสายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Vascular diagnostic catheter) ใช้ในการใส่สายสวนขนาดเล็ก หรือวัสดุที่ใช้รักษาในการรักษาโรคหลอดเลือดต่างๆ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโค้งงอมาก หรือในกรณีที่ใช้ Vascular Diagnostic Catheter แล้วไม่สามารถเข้าถึงหลอดเลือดที่ต้องการได้</p>	ชุดละ	4,000
9	4807	<p>สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Microcatheter)</p>	เส้นละ	20,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p>ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กกว่า 3 เฟรนช์ และยาวกว่า 100 เซนติเมตร โดยจำเป็นต้องใช้ร่วมกับสายสวนนำขนาดเล็กพิเศษ (Micro guidewire) เพื่อการนำวัสดุอุด วัสดุถ่างขยาย หรือยา ส่งผ่านให้ถึงตำแหน่งของรอยโรค</p> <p>ข้อบ่งชี้ ใช้เพื่อเป็นทางนำวัสดุอุด วัสดุถ่างขยาย หรือยาให้เข้าถึงตำแหน่งของรอยโรคได้โดยตรง สำหรับการรักษาโรคดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลอดเลือดรั่วหรือฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโรคของผนังหลอดเลือดเองเพื่อทดแทนการผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาที่จำเพาะกับหลอดเลือดที่รอยโรคโดยตรง โดยการนำวัสดุอุดที่เหมาะสมกับขนาดและตำแหน่งของการฉีกขาดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดไปยังตำแหน่งนั้นๆ 2. โรคหลอดเลือดแดงเชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำอย่างผิดปกติ โดยการนำวัสดุอุดที่เหมาะสมผ่านเข้าไปในตำแหน่งของหลอดเลือดที่ผิดปกติโดยตรง เป็นวิธีการรักษาที่จำเพาะ หรือใช้ร่วมกับการผ่าตัด หรือการฉายแสงรักษา (Radiosurgery) ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของรอยโรคนั้นๆ 3. โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysms) โดยการนำวัสดุอุดที่เป็นขดลวด หรือขดลวดค้ำยันผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเพื่อปิดกั้นเฉพาะส่วนของหลอดเลือดที่โป่งพองนั้น ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งแทนการผ่าตัด โดยที่มีประสิทธิภาพของการรักษาไม่ด้อยกว่า หรืออาจจะดีกว่าการผ่าตัด 4. เพื่ออุดหลอดเลือดก่อนการผ่าตัด (Preoperative embolization) ทำให้ลดปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดโดยเฉพาะในการผ่าตัดเนื้องอกของอวัยวะใดๆ ชนิดที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก โดยการนำวัสดุอุดที่เหมาะสมกับขนาดของหลอดเลือดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเข้าไปอุดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงก้อนเนื้องอกนั้นๆ โดยควรอุดหลอดเลือดก่อนการผ่าตัดไม่นานกว่าหนึ่งสัปดาห์ 		
10	4808	<p>สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กชนิดมีลูกโป่งที่ส่วนปลาย (Balloon Microcatheter)</p> <p>ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กซึ่งมีลูกโป่งติดอยู่ส่วนปลาย สามารถควบคุมขนาดของลูกโป่งได้โดยการฉีดน้ำผสมสารทึบรังสีผ่านเข้าทางสายสวนใช้เฉพาะกับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะเท่านั้น</p>	เส้นละ	22,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<u>ข้อบ่งชี้</u> 1. ใช้เพื่อการทดสอบการอุดของหลอดเลือดในสมองก่อนการรักษา หรือ การผ่าตัด 2. ใช้เพื่อช่วยในการใส่ขดลวด (Detachable coil) รักษาโรคหลอดเลือดโป่ง พองสมองชนิดที่มีคอกว้าง		
11	4809	ขดลวดค้ำยันที่ใช้กับหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Stent) <u>ลักษณะ</u> เป็นโครงลวดถ่างขยายคล้ายตาข่าย มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ขนาดเล็กพอเหมาะกับขนาดของหลอดเลือดที่ระดับต่างกัน ขดลวด (stent) นี้จะต่ออยู่กับปลาย stainless steel เพื่อนำส่งไปยังตำแหน่งที่ต้องการโดย ส่งผ่านเข้าไปในสายสวนขนาดเล็ก (microcatheter) การปลดวางขดลวด ชนิดนี้สามารถใช้การผลักดันหรือการใช้กระแสไฟฟ้าได้ <u>ข้อบ่งชี้</u> 1. สำหรับปิดหลอดเลือดสมองที่มีการรั่วของผนัง (Dissection) หรือเปิด ฐาน (Neck) ของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) 2. ใช้เพื่อป้องกัน Detachable coils เคลื่อนย้อนกลับมาในหลอดเลือด สมอง ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองชนิดที่มีคอกว้างหรือขนาด ใหญ่ หมายเหตุ ไม่เกิน 3 ตัว/ครั้ง	ตัวละ	120,000
12	4810	ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy Device) <u>ลักษณะ</u> เป็นชุดอุปกรณ์ลักษณะคล้ายท่อค้ำยัน (Intracranial Stent) หรือเป็นสายสวนหลอดเลือด (Catheter) ที่ใส่ผ่านสายสวนหลอดเลือดเพื่อ การรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) เพื่อให้เข้าถึง ตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงสมอง เพื่อเข้าไปทำการคล้อง เกี่ยวลิ่มเลือดออกมา หรือดูดลิ่มเลือดด้วยเครื่อง Suction ที่มีความจำเพาะ	ชุดละ	120,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p><u>ข้อบ่งชี้</u> สำหรับรักษาภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันโดยมีหลักการในการเลือกผู้ป่วยดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกิดอาการของการขาดเลือดอย่างเฉียบพลันในเวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง 2. ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง 3. ผู้ป่วยที่พ้นระยะที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือมีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เช่น หลังการผ่าตัดใหม่ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่ยังคงอยู่ในพิสัยของการรักษา 		
13	4812	<p>วัสดุสำหรับอุดกั้นหลอดเลือดขนาดใหญ่ชนิดก้อน (Vascular Plugs)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นขดลวดไนตินอล (Nitinol) ที่สานเป็นตระกร้อ เมื่อกางออกมีลักษณะเป็นก้อน มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางตั้งแต่ 3 - 22 มม. ส่วนหัวของวัสดุอุดเป็นเกลียวล็อก เมื่อต้องการจะปล่อยวัสดุอุดนี้ใช้วิธี การคลายล็อก ซึ่งทำให้ก่อนปล่อยวัสดุอุดแพทย์สามารถตรวจสอบตำแหน่งได้แน่นอนและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้หากไม่สามารถวางวัสดุดังกล่าวในตำแหน่งที่ต้องการก็สามารถดึงกลับออกมาได้</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้ในการรักษาโรคของหลอดเลือดชนิดที่มีรูรั่วและ/หรือมีการเชื่อมต่อของหลอดเลือดผิดปกติ (Arterovenous Fistula) นอกกะโหลกศีรษะที่มีขนาดใหญ่ (การใช้ Detachable Coils ต้องใช้เป็นจำนวนมากในการอุด) ซึ่งเป็นภาวะที่รักษาได้ยากด้วยการผ่าตัด</p>	ชุดละ	25,000
14	4813	<p>ลูกโป่งอุดกั้นหลอดเลือด (Detachable Balloon)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นลูกโป่งที่ทำจาก latex มีวาล์วควบคุมปริมาตร สำหรับการอุดหลอดเลือดมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางต่างๆ กัน วิธีการใช้คือนำลูกโป่งต่อเข้ากับสายสวนส่งลูกโป่ง (Delivery Catheter) ผ่านเข้าไปในสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) เมื่อไปถึงตำแหน่งรอยโรคหรือหลอดเลือดที่ต้องการแล้วสามารถทำให้</p>	ลูกละ	7,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p>ลูกโป่งพองตัวเพื่อการอุดกั้นหลอดเลือดจากการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวนลูกโป่งได้</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง ซึ่งเป็นการรักษาที่จำเพาะกับหลอดเลือดที่รอยโรคโดยตรง โดยการนำ Detachable Balloon นี้ผ่านทาง Vascular Guiding Catheter ไปยังตำแหน่งนั้นๆ ในกรณีทีรูรั่วหรือช่องฉีกขาดของหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ ใช้เพื่ออุดรูรั่วรักษาโรค Carotid Cavemous Fistula ใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องอุดหลอดเลือดหลักขนาดใหญ่ (Sacrification) 		
15	4814	<p>สายสวนส่งลูกโป่ง (Delivery Catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายสวนส่งลูกโป่ง (Delivery Catheter) ที่ออกแบบจำเพาะการใช้งานคู่กับวัสดุอุดกั้นชนิดลูกโป่ง (Detachable Balloon) เท่านั้น โดยสามารถติดลูกโป่งชนิดปลดได้ (Detachable Balloon) ที่ส่วนปลายเพื่อนำลูกโป่งขึ้นไปส่ง และปล่อยตรง ตำแหน่งที่ต้องการ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง ซึ่งเป็นการรักษาที่จำเพาะกับหลอดเลือดที่รอยโรคโดยตรง โดยการนำ Detachable Balloon นี้ผ่านทาง Vascular Guiding Catheter ไปยังตำแหน่งนั้นๆ ในกรณีทีรูรั่วหรือช่องฉีกขาดของหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ ใช้เพื่ออุดรูรั่วรักษาโรค Carotid Cavemous Fistula ใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องอุดหลอดเลือดหลักขนาดใหญ่ (Sacrification) 	เส้นละ	25,000
16	4815	<p>ขดลวดอุดหลอดเลือดชนิดปลดด้วยลวดผลักดัน (Fibered Coils)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นขดลวดพิเศษที่มีขม fiber หุ้มรอบ มีรูปร่างและขนาดต่างๆ กัน (Pre-Shaped) เพื่อการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับขนาดของหลอดเลือดหรือรอยโรค โดยใช้สายลวด (Coil Pushing Wire) ดันขดลวดผ่านสายสวน</p>	ตัวละ	4,500

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p>หลอดเลือด (Interventional Vascular Guiding Catheter หรือ Microcatheter) สู้ตำแหน่งที่ต้องการ เมื่อวางขดลวดในหลอดเลือดแล้วจะไม่สามารถดึงกลับออกได้</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้อุดโพรงหลอดเลือดดำในโรคที่มีการเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ ระหว่างหลอดเลือดแดงและโพรงหรือแอ่งหลอดเลือดดำ (Dural Arterovenous Fistula, Venous pouch) ใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องอุดหลอดเลือดหลัก (Sacrificiation) 		
17	4816	<p>สายลวดเพื่อดันขดลวดสู่ตำแหน่งที่ต้องการ (Coil Pushing Wires)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายลวดที่จำเพาะต่อการดันขดลวดพิเศษ (Fibered Coil) ที่อยู่ในสายสวนแล้ว สำหรับอุดหลอดเลือดหรือรอยโรคที่ต้องการ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้สำหรับการผลักดันขดลวดพิเศษ (Fibered Coil) ให้ไปอยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ เพื่อการรักษาโรคเหมือนขั้วขดลวดอุดหลอดเลือดชนิดปลดด้วยลวดผลักดัน (Fibered Coils)</p>	เส้นละ	4,000
18	4817	<p>วัสดุสำหรับอุดกั้นหลอดเลือดชนิดขดลวด (Detachable Coils)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นขดลวดที่ทำจาก Platinum มีความนุ่มพิเศษสามารถปรับรูปร่างได้สอดคล้องกับลักษณะของรอยโรคเพื่ออุดภายในหลอดเลือดหรือรอยโรคของหลอดเลือดโดยสอดใส่ผ่านสายสวนขนาดเล็ก (Microcatheter) เมื่อขดลวดดังกล่าวอยู่ในตำแหน่งที่ต้องการแล้วสามารถปลดได้ด้วยกระแสไฟฟ้า (Electric Detachable Coils) หรือด้วยแรงดัน (Pressure syringe) ขดลวดจะมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางและความยาว ที่ต่างกัน เพื่อการเลือกใช้ที่เหมาะสมกับขนาดของรอยโรคและหลอดเลือด และถ้าหากไม่สามารถวางในตำแหน่งที่เหมาะสมได้แล้ว สามารถดึงกลับออกมาได้</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> สำหรับรักษาโรคต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysms) โดยการนำ Detachable Coils นี้ ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเพื่อปิดกั้นเฉพาะส่วนของหลอดเลือดที่โป่งพองนั้น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแทนการผ่าตัดเปิดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ 	ตัวละ	25,000


ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p>2. ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง โดยการนำ Detachable Coils นี้ผ่านทาง Vascular Guiding Catheter ไปยังตำแหน่งนั้นๆ จะใช้ในกรณีที่มีรูรั่วหรือช่องฉีกขาดของหลอดเลือดมีขนาดเล็ก ซึ่ง Detachable Balloon ไม่สามารถผ่านเข้าไปได้</p> <p>3. ใช้เพื่ออุดการเชื่อมต่ออย่างผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (Arterovenous Fistula) จะใช้ในกรณีที่มีรูเชื่อมต้อมีขนาดใหญ่เกินกว่าที่จะใช้ Liquid Embolic Materials (ตามข้อ 6.8 และ 6.9) ได้</p>		
19	4818	<p>อนุภาคอุดกั้นหลอดเลือด (Embolic Particles) <u>ลักษณะ</u> เป็นวัสดุอุดกั้นหลอดเลือด (Polyvinyl Alcohol Particles) ใช้ฉีดเพื่ออุดหลอดเลือด มีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ยหลายขนาดตั้งแต่ 150 - 1,000 ไมครอน ปริมาตร 1 ซีซี (dry volume) ต่อ 1 ชวด <u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้สำหรับรักษาโรคดังต่อไปนี้ โรคหลอดเลือดแดงเชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำอย่างผิดปกติ (Arterovenous Malformation) โดยการฉีด Embolic Particle ที่มีขนาดเหมาะสมกับขนาดของหลอดเลือดผ่านเข้าไปในตำแหน่งของหลอดเลือดที่ผิดปกติ</p>	ชวดละ	4,000
20	4819	<p>วัสดุฉีดอุดกั้นหลอดเลือดชนิดเหลวแบบแข็งตัวช้า (Non-Adhesive Liquid Embolic Agent) <u>ลักษณะ</u> เป็นชุดวัสดุอุดกั้นหลอดเลือดชนิดเหลว ซึ่งประกอบด้วย Ethylene Vinyl Alcohol copolymer (EVOH) และ Dimethyl Sulfoxide (DMSO) มีคุณสมบัติแข็งตัวช้า และควบคุมการกระจายตัวได้ ใช้ฉีดผ่านสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กที่มีความจำเพาะ (DMSO compatible delivery microcatheter) เพื่อไปยังตำแหน่งของรอยโรค ในหนึ่งชุดมีขนาด 1.5 ml <u>ข้อบ่งชี้</u> เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดผิดปกติของหลอดเลือดสมอง คีรีขะไบหน้าและลำคอ (Brain AVM, Head & Neck AVM) ชนิดที่ไม่มีรอยต่อโดยตรงขนาดใหญ่ระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (Direct Arterovenous Fistula) หมายเหตุ เบิกได้ไม่เกิน 3 ชุด ต่อครั้ง</p>	ชุดละ	30,000

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
21	4821	<p>สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่น ที่หัวใจหรือหลอดเลือด ในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการสวนหัวใจหรือหลอดเลือด ที่มีวัสดุหรือชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหัวใจหรือหลอดเลือด</p>	ชุดละ	20,000
22	4822	<p>สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยวขนาดเล็ก (Microsnare Catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นห่วงลวดสำหรับคล้องเกี่ยวสิ่งแปลกปลอม ชิ้นส่วนวัสดุ หรือวัตถุที่ค้างอยู่ในหลอดเลือดส่วนปลาย ตัวห่วงมีขนาด 5 - 7 มม. ความยาว 175 - 200 ซม. โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับขนาดของสิ่งแปลกปลอม ชิ้นส่วนวัสดุ หรือวัตถุที่ค้างอยู่ในหลอดเลือดนั้นๆ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสิ่งแปลกปลอมอาจเป็นชิ้นส่วนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในระหว่างหัตถการ ที่ตกค้างในตำแหน่งนอกรอยโรค หรือวัตถุที่ค้างอยู่ภายในหลอดเลือดส่วนปลายออก</p>	เส้นละ	25,000
23	4823	<p>สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Vascular Diagnostic Catheter)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับฉีดสารทึบรังสีเพื่อการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ มีขนาด ความยาวและรูปร่างแตกต่างกันตามแต่ชนิดของหลอดเลือดที่ต้องการการตรวจ</p> <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้เพื่อเป็นทางการฉีดสารทึบรังสีและนำส่งวัสดุอุปกรณ์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคของหลอดเลือดโดยใช้ร่วมกับลวดนำ</p>	ชุดละ	1,000
24	4824	<p>สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัยที่มีความลื่นมากเป็นพิเศษ (Vascular Hydrophilic Catheters)</p> <p><u>ลักษณะ</u> เป็นสายสวนหลอดเลือดที่เคลือบสาร hydrophilic เพื่อการฉีดสารทึบรังสีในการวินิจฉัย ซึ่งมีขนาด ความยาว และรูปร่างต่างกันที่มีความลื่นมากเป็นพิเศษ เพื่อให้การเข้าถึงตำแหน่งหลอดเลือด ที่</p>	เส้นละ	500

ลำดับ	รหัส อุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	หน่วย	ราคา
		<p>ต้องการตรวจ (selectivity) ง่ายขึ้น และทำให้เวลาในการปฏิบัติการสั้นลง อีกทั้งเป็นการลดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นได้</p> <p>ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโค้งงอมาก หรือใน กรณีที่ใช้ Vascular Diagnostic Catheter แล้วไม่สามารถเข้าถึงหลอดเลือด ที่ต้องการได้</p>		

สรุปการบริหารกองทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563

กองทุน	งบประมาณ	เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ / ฉกฉกต่างบัญชี เครือข่ายในกรุงเทพฯ (OPAE)	15 บาท/ประชากร	<ul style="list-style-type: none"> ☛ สิทธิ UC ที่มีหน่วยบริการประจำในกรุงเทพมหานคร รับบริการ OP ข้ามบัญชีเครือข่าย ☛ เป็นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉกฉก ☛ ไม่ใช่กรณีสิทธิย่อยผู้พิการ ☛ ไม่ใช่กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่ สปสช.กลางจ่ายชดเชย ☛ รายการที่มีราคากลางจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินราคากลาง ☛ จ่ายตาม Point system with ceiling with Global budget รายเดือน ☛ จ่ายค่าพาหนะรับส่งต่อ กรณี OPAE
ผู้ป่วยนอก กรณีสิทธิพิการ (OP พิการ)	133 บาท/ประชากร	<ul style="list-style-type: none"> ☛ สิทธิ UC ผู้พิการในกรุงเทพมหานคร รับบริการ OP ที่หน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ☛ ไม่ใช่กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่ สปสช.กลางจ่ายชดเชย ☛ รายการที่มีราคากลางจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินราคากลาง ☛ จ่ายตาม Point system with ceiling with Global budget รายเดือน
ผู้ป่วยนอก กรณี OP Refer	190 บาท/ประชากร ●กรณีหน่วยบริการประจำคลินิกเดี่ยว กั้นเงินไว้ 190 บาท/ประชากร ●กรณีหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาล และคลินิกในเครือ	<ul style="list-style-type: none"> ☛ กรณีสิทธิ UC .ในกรุงเทพมหานคร ☛ ไม่ใช่กรณีสิทธิย่อยผู้พิการ ☛ ไม่ใช่กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่ สปสช.กลางจ่ายชดเชย ☛ รายการที่มีราคากลางจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินราคากลาง ●กรณีหน่วยบริการประจำเป็นคลินิกเดี่ยว <ul style="list-style-type: none"> ☛ รับบริการ OP ที่หน่วยบริการรับส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุ / ฉกฉก ตรงตามบัญชีเครือข่าย หรือกรณีส่งรักษาต่อภายในกรุงเทพมหานคร ☛ จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง(ไม่เกินอัตราราคากลางที่กำหนด) โดย สปสช. กทม. clearing house หักจากงบ OP รายหัวของหน่วยบริการประจำ(คลินิกเดี่ยว) ไม่เกิน 1,600 บาทต่อ visit ส่วนเกินจ่ายชดเชยจากกองทุน OP Refer <ul style="list-style-type: none"> ☛ จัดสรรเป็นรายหัวเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาล และคลินิกในเครือโรงพยาบาล ตาม point ประชากรรายเดือน พร้อมกับงบเหมาจ่ายรายหัว หมายเหตุ

กองทุน	งบประมาณ	เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย
	โรงพยาบาล : 190 บาท/ประชากร	<ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่รวมกรณีบัตรศส.-วชิรา , ศ16-จุฬาฯ , ศบส- รพ.กลาง , ศบส.- รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ , บัตรศส-คลินิก-รพ. 2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด จ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด
ผู้ป่วยนอก กรณี OP High Cost	11 บาท/ประชากร	<p> จ่ายชดเชยค่าบริการกรณี OP High cost ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - SRS , SRT - HBO ตามโรค และ indication ที่กรมบัญชีกลางกำหนด 4 โรค 1.CO poisoning 2.Non diabetic –non atherosclerotic leg ulcer (not include pressure sore) 3. Diabetic ulcers for Wagner gr III and IV 4. Osteoradionecrosis) - ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือด - Dilation and Curettage - หัตถการตา 6 รายการ ได้แก่ รหัส 1424 1475 1479 1474 1139 1264 - Peritoneal dialysis / Hemodialysis - Cryptococcal meningitis - PET Scan - Mammotome
ทันตกรรมรักษา	20 บาท ต่อประชากร	<p>จ่ายชดเชยค่าบริการทันตกรรมรักษา สำหรับหน่วยบริการร่วม ให้บริการด้านทันตกรรม</p> <p>ศูนย์บริการสาธารณสุข และคณะทันตแพทยศาสตร์ รายการที่จ่ายชดเชย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ขูดหินปูน 2) อุดฟัน 3) ถอนฟัน 4) รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม (pulpotomy , pulpectomy) 5) X-ray
ผู้ป่วยใน (IP)		<ol style="list-style-type: none"> 1. บริหารงบกองทุน IP และเด็กแรกเกิดที่ไม่ป่วยเป็นรายเดือน เบื้องต้นจ่ายชดเชย adjRW ละ 8,250 บาท 2. อัตราการจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดน้ำหนัก <1500 gm หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย Adjust RW ละ 9,000 บาท โดยไม่หักเงินเดือน 3. จ่ายเพิ่มเติม กรณีอุปกรณ์ Embolization 24 รายการ 4. จ่ายเพิ่มเติมกรณี Outlier Reimbursement Schedule : ORS

กองทุน	งบประมาณ	เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย
		<p>5. อัตราการจ่ายค่าบริการนอกเขต Adjust RW ละ 9,600 บาท หมายเหตุ: กรณีที่มีการบริหารเฉพาะโรคจ่ายชดเชยจากกองทุนสปสช. กลาง</p> <p>6. จ่ายชดเชยโรงพยาบาลสำรองเตียง (รพ.ปิยะเวท) กรณีเด็กแรกเกิด adjRW ละ 12,500 บาท</p>

กำหนดการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว (OP Cap) สำหรับหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2563

งวดการจ่าย	เดือน	point ประชากร		ส่งเอกสารเบิกจ่ายไปที่ สภก.	วันโอนเงิน
งวดที่ 1	เดือนตุลาคม 2562	1 ตค. 2562	-	15 ตค. 2562	30 ตค. 2562
งวดที่ 2	เดือนพฤศจิกายน 2562	1 ตค. 2562	15 ตค. 2562	11 พย. 2562	26 พย. 2562
งวดที่ 3	เดือนธันวาคม 2562	28 ตค. 2562	15 พย. 2562	11 ธค. 2562	26 ธค. 2562
งวดที่ 4	เดือนมกราคม 2563	28 พย. 2562	15 ธค. 2562	10 มค. 2563	27 มค. 2563
งวดที่ 5	เดือนกุมภาพันธ์ 2563	28 ธค. 2562	15 มค. 2563	10 กพ. 2563	25 กพ. 2563
งวดที่ 6	เดือนมีนาคม 2563	28 มค. 2563	15 กพ. 2563	10 มีค. 2563	25 มีค. 2563
งวดที่ 7	เดือนเมษายน 2563	28 กพ. 2563	15 มีค. 2563	10 เมย. 2563	27 เมย. 2563
งวดที่ 8	เดือนพฤษภาคม 2563	28 มีค. 2563	15 เมย. 2563	11 พค. 2563	26 พค. 2563
งวดที่ 9	เดือนมิถุนายน 2563	28 เมย. 2563	15 พค. 2563	10 มิย. 2563	25 มิย. 2563
งวดที่ 10	เดือนกรกฎาคม 2563	28 พค. 2563	15 มิย. 2563	10 กค. 2563	27 กค. 2563
งวดที่ 11	เดือนสิงหาคม 2563	28 มิย. 2563	15 กค. 2563	10 สค. 2563	25 สค. 2563
งวดที่ 12	เดือนกันยายน 2563	28 กค. 2563	15 สค. 2563	10 กย. 2563	25 กย. 2563
งวดที่ 13	เดือนกันยายน 2563	28 สค. 2563	15 กย. 2563	21 กย. 2563	30 กย. 2563

หมายเหตุ

1. สปสช. กทม. ได้กำหนดการจ่ายงบประมาณรายหัวเป็นรายเดือน เพื่อให้หน่วยบริการได้รับโอนเงินก่อนวันสิ้นเดือน การจัดสรรงบประมาณรายหัวงวดที่ 1 สปสช. กทม. คำนวณจ่ายเบื้องต้น โดยใช้ point ประชากร วันที่ 1 ตุลาคม 2562 และใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัว (Differential capitation) ปีงบประมาณ 2563 โดยกำหนดอัตราต่ำสุด = 753.80 ต่อประชากร
2. เดือนกันยายน 2563 การจัดสรรเงินงวดที่ 13 (ใช้ point ประชากรวันที่ 28 สิงหาคม และ 15 กันยายน) สำนักงานฯ จะหักกลับกับการจัดสรรงวดที่ 1 และจัดสรรเพิ่มเติม/เรียกคืนตามส่วนต่าง

กำหนดการส่งข้อมูล กรณี OPAE/OP พิกัด และกรณีผู้ประกันตนคนพิการ ในโปรแกรม OP BKK CLAIM ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	ชื่องวด	เดือน	กำหนดส่งข้อมูล	วันตัดยอดข้อมูล	วันออกรายงาน	ส่งเอกสารเบิกจ่ายไปที่ สบก.	วันโอนเงิน
1	201910	เดือนตุลาคม 2562	30 วัน หลังรับบริการ	31-ต.ค.-62	1-พ.ย.-62	10-พ.ย.-62	ภายใน 30 พฤศจิกายน 2562
2	201911	เดือนพฤศจิกายน 2562	30 วัน หลังรับบริการ	30-พ.ย.-62	2-ธ.ค.-62	10-ธ.ค.-62	ภายใน 31 ธันวาคม 2562
3	201912	เดือนธันวาคม 2562	30 วัน หลังรับบริการ	31-ธ.ค.-62	2-ม.ค.-63	10-ม.ค.-63	ภายใน 31 มกราคม 2563
4	202001	เดือนมกราคม 2563	30 วัน หลังรับบริการ	31-ม.ค.-63	3-ก.พ.-63	10-ก.พ.-63	ภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2563
5	202002	เดือนกุมภาพันธ์ 2563	30 วัน หลังรับบริการ	28-ก.พ.-63	2-มี.ค.-63	10-มี.ค.-63	ภายใน 31 มีนาคม 2563
6	202003	เดือนมีนาคม 2563	30 วัน หลังรับบริการ	31-มี.ค.-63	1-เม.ย.-63	10-เม.ย.-63	ภายใน 30 เมษายน 2563
7	202004	เดือนเมษายน 2563	30 วัน หลังรับบริการ	30-เม.ย.-63	1-พ.ค.-63	11-พ.ค.-63	ภายใน 31 พฤษภาคม 2563
8	202005	เดือนพฤษภาคม 2563	30 วัน หลังรับบริการ	31-พ.ค.-63	1-มิ.ย.-63	10-มิ.ย.-63	ภายใน 30 มิถุนายน 2563
9	202006	เดือนมิถุนายน 2563	30 วัน หลังรับบริการ	30-มิ.ย.-63	1-ก.ค.-63	10-ก.ค.-63	ภายใน 31 กรกฎาคม 2563
10	202007	เดือนกรกฎาคม 2563	30 วัน หลังรับบริการ	31-ก.ค.-63	3-ส.ค.-63	10-ส.ค.-63	ภายใน 31 สิงหาคม 2563
11	202008	เดือนสิงหาคม 2563	30 วัน หลังรับบริการ	31-ส.ค.-63	1-ก.ย.-63	10-ก.ย.-63	ภายใน 30 กันยายน 2563
12	202009	เดือนกันยายน 2563	30 วัน หลังรับบริการ	25-ก.ย.-63	28-ก.ย.-63	30-ก.ย.-63	ภายใน 31 ตุลาคม 2563

หมายเหตุ

- 1.กำหนดการส่งข้อมูล OP ปีงบประมาณ 2563 (วันรับบริการวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2563) หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 30 วันหลังรับบริการ
- 2.หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 30 วันหลังให้บริการ และไม่เกิน 360 วัน หลังให้บริการ กรณีส่งข้อมูลหรืออุทธรณ์เกิน 360 วันหลังรับบริการ ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย
- 3.กรณี OPAE/OP พิกัด จ่ายตาม Point system with Global budget
- 4.สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังวันที่ 25 กันยายน 2563 สำนักงานฯ จะดำเนินการออกรายงานและจ่ายชดเชยในปีงบประมาณถัดไป

กำหนดการตัดยอดข้อมูลและการออกรายงานบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2563 (Model ศบส.)

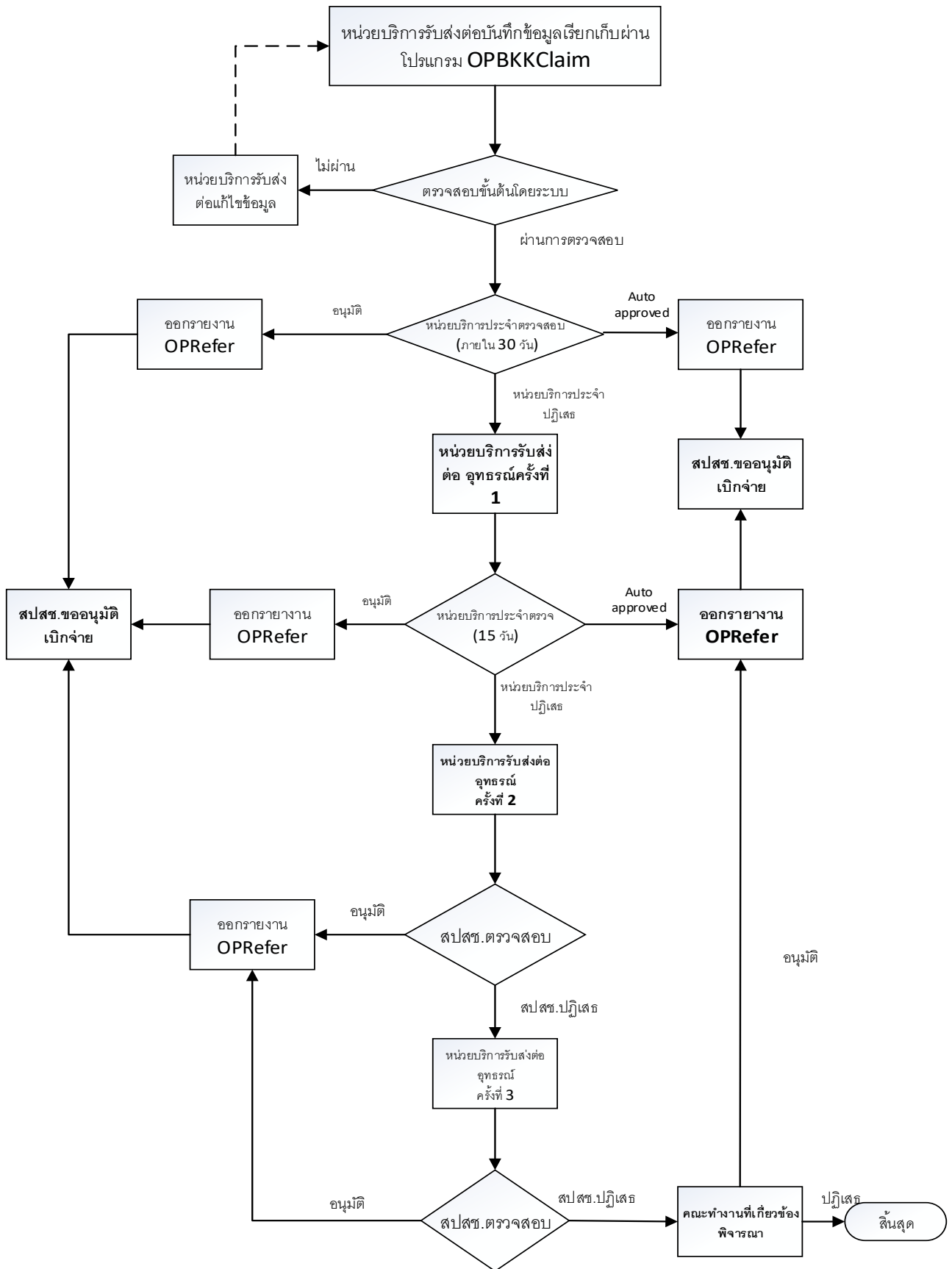
Model ศูนย์บริการสาธารณสุข-คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

Model ศูนย์บริการสาธารณสุข-โรงพยาบาลกลาง/โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

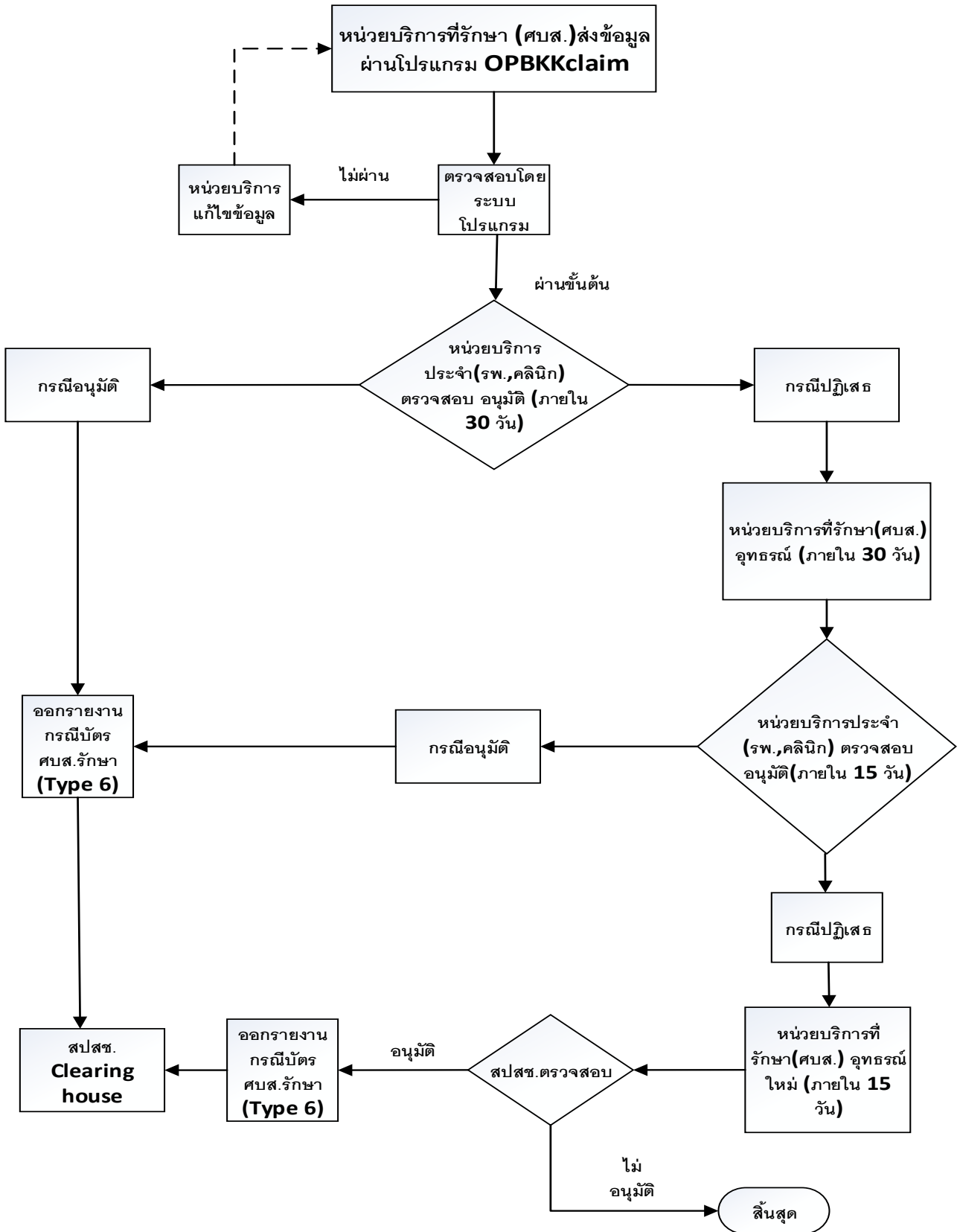
Model ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินิจ-โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย'

งวด	ชื่องวด	ข้อมูลเดือน	วันตัดยอดข้อมูล	วันออกรายงาน	ส่งเอกสารเบิกจ่ายไปที่ สบก.	วันโอนเงิน
1	201910	ตุลาคม 2562	10-พ.ย.-62	11-พ.ย.-62	20-พ.ย.-62	6-ธ.ค.-62
2	201911	พฤศจิกายน 2562	10-ธ.ค.-62	11-ธ.ค.-62	20-ธ.ค.-62	10-ม.ค.-63
3	201912	ธันวาคม 2562	10-ม.ค.-63	13-ม.ค.-63	20-ม.ค.-63	7-ก.พ.-63
4	202001	มกราคม 2563	10-ก.พ.-63	11-ก.พ.-63	20-ก.พ.-63	10-มี.ค.-63
5	202002	กุมภาพันธ์ 2563	10-มี.ค.-63	11-มี.ค.-63	20-มี.ค.-63	8-เม.ย.-63
6	202003	มีนาคม 2563	10-เม.ย.-63	16-เม.ย.-63	20-เม.ย.-63	8 พ.ค. 63
7	202004	เมษายน 2563	10-พ.ค.-63	11-พ.ค.-63	20-พ.ค.-63	8-มิ.ย.-63
8	202005	พฤษภาคม 2563	10-มิ.ย.-63	11-มิ.ย.-63	22-มิ.ย.-63	8-ก.ค.-63
9	202006	มิถุนายน 2563	10-ก.ค.-63	13-ก.ค.-63	20-ก.ค.-63	7-ส.ค.-63
10	202007	กรกฎาคม 2563	10-ส.ค.-63	11-ส.ค.-63	20-ส.ค.-63	8-ก.ย.-63
11	202008	สิงหาคม 2563	10-ก.ย.-63	11-ก.ย.-63	15-ก.ย.-63	30-ก.ย.-63
12	202009	กันยายน 2563	25-ก.ย.-63	28-ก.ย.-63	30-ก.ย.-63	15-ต.ค.-63

ผังการตรวจสอบอนุมัติข้อมูล OP Refer ปีงบประมาณ 2563



ผังการตรวจสอบอนุมัติข้อมูล OP Clearing house กรณีศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการสิทธิ UC ของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563



สรุปรายการค่าบริการสาธารณสุขที่มีการจ่ายชดเชยจากกองทุน Central reimburse หรือ กองทุนเฉพาะของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง)

รายละเอียดในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
❖ บริการผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ผู้ป่วยมีสิทธิ UC หน่วยบริการประจำอยู่ต่างจังหวัด ➤ เป็นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน
❖ บริการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> ➤ หน่วยบริการประจำรับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด สปสช. ทำหน้าที่ในการ clearing house ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินเพดาน จ่ายจากกองทุน central reimburse
❖ การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น	<ul style="list-style-type: none"> ➤ รายละเอียดตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560
❖ การให้บริการผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียน	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ผู้ป่วยสิทธิว่าง/สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน/เด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
❖ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ใช้บริการทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เลือกรหัสโครงการพิเศษ Z34003
❖ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน ใช้บริการตลอด	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เลือกรหัสโครงการพิเศษ Z34007
❖ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรค Stroke fast tract และ STEMI fast tract	<ul style="list-style-type: none"> ➤ จ่ายชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด
❖ การให้เคมีบำบัด/ฮอร์โมน/รังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"> ➤ กรณีมะเร็งที่มีการประกาศกำหนดให้มีการรักษาตามโปรโตคอล ➤ กรณีมะเร็งทั่วไป

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
	รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
❖ การผ่าตัดตัดต่อกระดูก	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ค่าผ่าตัดต่อกระดูก ➢ ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ➢ ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายา และค่าตรวจชั้นสูตรที่เกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดต่อกระดูกโดยตรง ➢ ค่าตอบแทนภาระงาน ➢ ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต่อ กระดูก ➢ ค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะ การติดตามผลการรักษา (1,7,30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วันกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)
❖ บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทัน ตรกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่	➢ เฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการฯ รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
❖ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)	➢ รายการและข้อบ่งชี้เป็นไปตามที่กำหนด รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
❖ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)	➢ การรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่าย จริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท
❖ การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจก ตา	➢ เฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการฯ
❖ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ	➢ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
	<p>➤ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต</p> <p>รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
❖ ค่าสารเมทาโดนระยะยาว	<p>➤ การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment : MMT) สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น ที่สมัครใจ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 35 บาทต่อครั้ง</p> <p>➤ หน่วยบริการที่ได้รับชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และผ่านเกณฑ์การให้บริการใช้สารเมทาโดนระยะยาว ที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>
❖ กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง	<p>➤ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) จำนวน 24 รายการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Botulinum toxin type A inj 2. Leuprorelin inj 3. Immunoglobulin G Intravenous (MG) inj 4. Docetaxel 5. Letrozole tab 6. Liposomal amphotericin B inj 7. Bevacizumab inj 8. Voriconazole (tab,inj) 9. Thyrothropin alfa inj 10. Peginterferon inj 11. Ribavirin tab 12. Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj 13. Linezolid tab 14. Imiglucerase inj 15. Trastuzumab inj

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
	16. Nilotinib cap 17. Dasatinib tab 18. Factor VIII สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย (เบื้องต้นจ่ายเป็นยา หากมีปริมาณการใช้มากกว่าที่ จัตุสรร จ่ายชดเชยเป็นเงิน) 19. Factor IX 20. Miconazole Sodium sterile pwdr inj 21. Rituzimab inj 22. Sofobuvir 400 mg tab 23. Sofobuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab 24. Imatinib 100 mg ขนาดยา ข้อบ่งชี้การใช้ยาตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563
❖ ยา clopidogrel	➤ ยาเม็ด clopidogrel bisulfate 75 mg รายละเอียดตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563
❖ ยาแก้พิษ	ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง จำนวน 16 รายการ 1. Dimercaprol inj 2. Sodium nitrite inj 3. Sodium thiosulfate inj 4. Methylene blue inj 5. Botulinum antitoxin inj 6. Diphtheria antitoxin inj 7. Succimer cap 8. Calcium disodium edentate inj 9. Diphenhydramine inj 10. เซรุ่มต้านพิษงูเห่า 11. เซรุ่มต้านพิษงูเหียวหางไหม้ 12. เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ 13. เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา 14. เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา 15. เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
	<p>16. เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท</p> <p>ข้อบ่งชี้การใช้ยาตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563</p>
<p>❖ การบริหารจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ยาต้านไวรัสและยาลดไขมัน ➤ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา ➤ บริการให้การปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV โดยสมัครใจ ➤ บริการให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ ➤ บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการ VCT ➤ ปีงบประมาณ 2563 นำร่องบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ➤ การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย anti HCV ➤ การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี HCV viral load (HCV RNA Quantitative) ➤ การตรวจประเมินก่อนการรักษา ซึ่งเป็นการตรวจสอบความยืดหยุ่นในตับ Transient elastography Fibroscan หรือ Fibro marker panel ➤ ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบบีด้วย HCV genotype <p>รายละเอียดและอัตราการจ่ายตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563</p>
<p>❖ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ การรักษาด้วยยาต้านวัณโรค <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา 2) บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

รายการ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ➤ บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin skin test : TST) ในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด อายุ ≤ 18 ปี ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ <p>รายละเอียดและอัตราการจ่ายตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563</p>
❖ การบริหารจัดการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> ➤ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ➤ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ➤ บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT) ➤ บริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต <p>รายละเอียดและอัตราการจ่ายตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562</p>
❖ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ค่าตรวจ FISH TEST <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายค่าตรวจ FISH TEST ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ 10,000 บาท/ไต/คน 1 ช้าง ทุก case (ทั้ง positive และ negative) ➤ ค่าตรวจ gene ดื้อยา เพื่อประเมินการให้ยา Imatinib <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ 8,000 บาท/ปี

การบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2563

งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ

ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 มีการบริหารงบประมาณแบบ Central reimburse รวมกันเป็นกองทุนระดับประเทศ จ่ายชดเชยด้วยระบบ Point system with ceiling with global budget ของรายการบริการที่ สปสช. กำหนด

สำหรับหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ให้มีการส่งข้อมูลบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM เช่นเดิม และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะรวบรวมข้อมูลส่งต่อไปให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการต่อไป

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ลำดับ	กิจกรรม	รหัสรายบุคคล	ราคากลางรายบุคคล	หน่วย	รหัสรายการ	ราคากลางรายการ	หน่วย
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	ครั้ง/ราย			
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	ครั้ง/ราย	H9383.2	75	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	ครั้ง/ราย	H9375.2	75	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	ครั้ง/ราย	H9449.2	150	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	ครั้ง/ราย	H9433.2	150	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
6	การฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	ครั้ง/ราย			
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	ครั้ง/ราย	H9378.3	75	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
8	Early Intervention	H9438.1	150	ครั้ง/ราย	H9438.2	75	ครั้ง/ราย/ กลุ่ม
9	Phenol block	H0489	500	ครั้ง/ราย			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ/สถานพยาบาลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในแต่ละประเภทของกิจกรรมนั้น ต้องให้บริการตามแนวทางปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามขอบเขตของมาตรฐานของวิชาชีพ ตามประกาศ ระเบียบ

และกฎข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ประกอบการวิชาชีพต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้น ๆ เช่น สาขากิจกรรมบำบัด สาขากายภาพบำบัด เป็นต้น

: การบันทึกรายงานการให้บริการฟื้นฟูรายการเดียวกัน สามารถเบิกได้ 1 ครั้ง/ราย/วัน เท่านั้น

รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่จ่ายชดเชยจากงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคา กลาง
หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์				
1	6006	6.0.6 สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	เส้นละ	800
หมวด 8 วัสดุ / อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู				
แขนเทียม (Prosthesis , upper extremity)				
2	8101	8.1.1 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	36,500
3	8102	8.1.2 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ	17,200
4	8103	8.1.3 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ	ข้างละ	28,500
5	8104	8.1.4 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	37,000
6	8105	8.1.5 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	48,000
7	8106	8.1.6 แขนเทียมชนิดไหล่หรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)	ข้างละ	38,000
8	8107	8.1.7 แขนเทียมเหนือศอก ส่วนปลายชนิดห้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	56,000
9	8108	8.1.8 เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ	2,000
10	8109	8.1.9 เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ	3,000
11	8110	8.1.10 เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ	3,000
12	8111	8.1.11 เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ	4,000
13	8112	8.1.12 สายบังคับแขนเทียมมือเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย)	เส้นละ	3,200
14	8114	8.1.14 มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ	8,000
15	8115	8.1.15 มือตะขอโลหะ	ข้างละ	20,000
16	8116	8.1.16 มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	21,000
17	8117	8.1.17 ข้อมือเทียมชนิดโลหะ	ข้างละ	5,000
18	8118	8.1.18 ข้อมือเทียมชนิดไม้	ข้างละ	1,900
19	8119	8.1.19 ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	19,000
20	8120	8.1.20 ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ	ข้างละ	40,000
21	8121	8.1.21 ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ	ข้างละ	45,000
22	8122	8.1.22 สายรัดแขนเทียม	เส้นละ	250

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคา กลาง
ขาเทียม (Prosthesis , lower extremity)				
23	8201	8.2.1 ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)	ข้างละ	11,000
24	8202	8.2.2 ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก	ข้างละ	6,000
25	8203	8.2.3 ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	ข้างละ	12,000
26	8204	8.2.4 ขาเทียมระดับข้อเข่า แขนนอก	ข้างละ	21,000
27	8205	8.2.5 ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก	ข้างละ	26,000
28	8206	8.2.6 ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	ข้างละ	28,000
29	8209	8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	ข้างละ	3,000
30	8218	8.2.1.8 เบ้าขาเทียมใต้เข่า / ข้อเท้า	ข้างละ	3,000
31	8219	8.2.19 เบ้าขาเทียมระดับเข่า	ข้างละ	4,000
32	8220	8.2.20 เบ้าขาเทียมเหนือเข่า	ข้างละ	4,000
33	8221	8.2.21 เบ้าขาเทียมระดับสะโพก	ข้างละ	6,000
34	8222	8.2.22 สายเข็มขัดเทียม / สายยึดเบ้าขาเทียม	ข้างละ	250
35	8223	8.2.23 แป้นสายเข็มขัด	คู่ละ	100
36	8224	8.2.24 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)	ข้างละ	30,000
37	8225	8.2.25 ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน	ข้างละ	28,000
38	8226	8.2.26 ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน	ข้างละ	13,000
39	8227	8.2.27 ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)	ข้างละ	2,500
40	8228	8.2.28 เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้	ข้างละ	3,000
41	8229	8.2.29 แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม	ข้างละ	1,000
42	8230	8.2.30 แขนขาเทียม / แขนหน้าแข้ง	ข้างละ	1,000
43	8231	8.2.31 ตัวยึดแกนขาเทียม / ปลอกรัดข้อ	อันละ	1,000
44	8232	8.2.32 ตัวยึดเบ้าเทียม	ข้างละ	1,000
45	8233	8.2.33 โฟมขาเทียมเหนือเข่า	อันละ	3,500
46	8234	8.2.34 โฟมขาเทียมใต้เข่า	อันละ	1,500
47	8235	8.2.35 ถูรองขาเทียมเหนือเข่า	อันละ	200
48	8236	8.2.36 ถูรองขาเทียมใต้เข่า	อันละ	200
โลหะ / หรือพลาสติกตามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า(Orthosis , lower extremity)				
49	8508	8.5.8 เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)	ข้างละ	4,200
50	8524	8.5.24 PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า	ชิ้นละ	6,500
51	8526	8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad	ชิ้นละ	350
52	8527	8.5.27 โลหะตามขาชนิดสั้น	ข้างละ	5,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคา กลาง
53	8528	8.5.28 PTB brace ชนิดพลาสติกแบบไม่มีข้อเท้า	ชิ้นละ	4,000
เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)				
54	8706	8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบบอลูมิเนียม	คู่ละ	650
55	8709	8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)	อันละ	1,200
56	8710	8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)	อันละ	1,000
57	8711	8.7.11 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	คู่ละ	350
รองเท้า				
58	8801	8.8.1 รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	คู่ละ	800
59	8802	8.8.2 รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	1,000
60	8803	8.8.3 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	1,200
61	8804	8.8.4 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	คู่ละ	1,400
62	8805	8.8.5 ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	400
63	8807	8.8.7 แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่	คู่ละ	900
64	8808	8.8.8 แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก	คู่ละ	700
65	8809	8.8.9 เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า	ข้างละ	1,500
66	8810	8.8.10 T - strap	เส้นละ	300
67	8901	8.9.1 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	คันละ	6,600
68	8902	8.9.2 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	คันละ	4,400
69	8903	8.9.3 เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ	อันละ	800
70	8904	8.9.4 รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ	คันละ	6,000
หมวด 9 อื่น ๆ เกี่ยวกับผิวหนัง				
71	9001	9.0.1 แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต หรือที่นอนลม ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถพลิกตัวด้วยตนเองได้	อันละ	1,000

รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
1	2505	2.5.5 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิทัล	เครื่องละ	9,000	รวมค่าบริการ ทางการแพทย์
2	2506	2.5.6 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก	เครื่องละ	7,000.00	
3	2507	2.5.7 เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิทัล	ข้างละ	12,000.00	
4	2508	2.5.8 เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล	ข้างละ	12,500.00	
5	2509	2.5.9 เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิทัล	เครื่องละ	12,500.00	

หมายเหตุ :

การให้บริการจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ ในบัญชีรายการอุปกรณ์ที่ สปสช. ประกาศ กำหนดเท่านั้น รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจ่ายชดเชยค่าบริการ กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ)

หัวหน้าคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่ง ที่ 58/2559 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2559 และคำสั่ง ที่ 45/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

- 1) เป็นการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่เลือกใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) เป็นกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ เช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) เป็นการรับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 1) เป็นการจ่ายชดเชยการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลกลุ่มดังกล่าว ใช้สิทธิเช่นเดียวกับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่าย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 5) เป็นการรับบริการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

กรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบันทึกข้อมูลเพื่อ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปฏิบัติเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ (รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OP BKK CLAIM ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเดียวกับกรณีผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 2

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2563

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่ คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียน

โดยหลักการของการตรวจสอบเวชระเบียนแล้ว เป็นกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก แต่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ทบทวนและหน่วยงานที่ทบทวน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเป็นการประเมินผลการรักษาพยาบาล และการวางแผนสื่อสารกับผู้ใช้บริการและญาติหลังการรักษา (discharge plan development)
2. เพื่อเป็นการศึกษางานวิจัยหรือทบทวนความรู้ทางการแพทย์
3. เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการ
4. เพื่อพัฒนาระบบการจ่ายเงินชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง
5. เพื่อพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลที่ใช้ประกอบการขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน
6. เพื่อการเรียนรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล สามารถทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เทียบกับมาตรฐานหรือเทียบกับผู้อื่น
7. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการใช้หรือการบริหารทรัพยากรของหน่วยงาน โดยเทียบกับค่ากลางที่มีอยู่
8. เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านกฎหมายจากการแทรกแซงจากภายนอก โดยเฉพาะในรายที่อาจมีปัญหาด้านกฎหมาย

ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียน

ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. Coding Audit หมายถึง การตรวจสอบรหัสโรค รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปประมวลผลคำนวณตามกลไกการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs นั้นถูกต้องตามหลักการสากลการให้รหัสโรคและหัตถการหรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันผู้ใช้บริการไม่ได้จ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการจ่ายผ่านตัวแทน (กองทุนหรือ third parties) โดยตัวแทนเหล่านั้นจะขอข้อมูลการให้บริการสองส่วนคือข้อมูลโรคในรูปแบบรหัสโรคและรหัสการทำหัตถการ (ถ้ามี) และข้อมูลค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการคิดค่าบริการในรูปแบบมาตรฐานการบันทึก (standard billing format) หลังจากนั้นตัวแทนจะจ่ายค่าบริการเป็นเงินสดหรือเป็นแต้ม ขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่ทำกันไว้ระหว่างตัวแทนกับหน่วยบริการ การคำนวณแต้มในประเทศไทยใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

DRGs (diagnosis related groups) เป็นตัวกลางในการคำนวณแต้ม ดังนั้น จึงต้องมีการตรวจสอบว่าการให้รหัสโรคและรหัสการทำการหัตถการและการบันทึกกลองคอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปประมวลผลนั้นถูกต้องหรือไม่

2. Financial Audit (Billing Audit) หมายถึง การตรวจสอบทางการเงิน โดยแบ่งการตรวจสอบออกได้เป็น 2 ส่วน คือตรวจสอบต้นทุนว่ามีการใช้ทรัพยากรไปมากน้อยเพียงใด ทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการว่ามีการบันทึกเพื่อการเรียกเก็บครบถ้วน ถูกต้องหรือไม่ เรียกเก็บในราคาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการเรียกเก็บในสิ่งที่ไม่ได้ทำหรือไม่ และเมื่อเรียกเก็บค่าบริการแล้วสามารถเก็บค่าบริการได้จริงเท่าใด

3. Clinical Audit (Quality Audit) หมายถึง การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทั้งหมด (patient care functions) ว่า เป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่ นับตั้งแต่สิทธิผู้ใช้บริการและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติ และการติดตามการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ รวมทั้งประเมิน outcome ว่า เป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกัน หรือระบบการจ่ายเงินในปัจจุบันที่ตัวแทนผู้ใช้บริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการ ทำให้มีคำถามการรักษานั้นต่ำว่ามาตรฐาน หรือฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นหรือไม่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นกระบวนการตรวจสอบด้านคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำทุกครั้งที่มีการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ

รูปแบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานในเวชระเบียน

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานในเวชระเบียน มี 2 รูปแบบ คือ

1. การตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ แบ่งออกเป็น 2 วิธี

วิธีที่ 1 การนำส่งเอกสารหลักฐานในเวชระเบียนของหน่วยบริการ ในรูปแบบเวชระเบียนที่ฉบับตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อดำเนินการตรวจสอบ ณ สถานที่ที่กำหนด

วิธีที่ 2 การตรวจสอบเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Audit : eMA) เป็นการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ในระบบการต่างๆของการตรวจสอบ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามโปรแกรมการตรวจสอบที่สำนักงานฯ กำหนด

2. การตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ เป็นการเข้าตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ ตามเป้าหมายและประเภทการตรวจสอบนั้นๆ

การเลือกข้อมูลตรวจสอบ หน่วยบริการทุกแห่งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีการเบิกจ่ายจากกองทุนต่างๆ ล้วนมีโอกาสถูกพิจารณาตรวจสอบทั้งสิ้น โดยทั่วไปการเลือกข้อมูลมาตรวจสอบมี 3 แบบ ดังนี้

1. การสุ่มเลือกแบบมีเงื่อนไข การนำข้อมูลจากฐานการจ่ายชดเชยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกกรณี เช่น บริการผู้ป่วยใน บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด บริการโรคเฉพาะ เป็นต้น มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อหาความผิดปกติของข้อมูล แล้วนำไปดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ/สถานบริการ หรือรวมศูนย์ การตรวจสอบจะพิจารณาเฉพาะรายที่มีปัญหาจากการประมวลผลข้อมูล

2. การสุ่มข้อมูลโดยไม่กำหนดเงื่อนไขมาตรวจสอบ เป็นการสุ่มเลือกแบบทั่วไป เพื่อประเมินสถานการณ์ทำการสุ่มตรวจโดยระเบียบวิธีทางสถิติจากข้อมูลการเบิกจ่ายทั้งหมดทำการสุ่มตัวอย่างแบบ random sampling เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเวชระเบียนทั้งหมด โดยใช้ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยมาจัดสรรทรัพยากร โดยจำนวนเวชระเบียน ที่จะนำมาทบทวนขึ้นกับปริมาณของข้อมูลและจำนวนผู้ทบทวนที่มีในระบบนั้น

3. การตรวจทั้งหมด เป็นการเลือกตรวจเวชระเบียนทั้งหมดตามเงื่อนไขของหน่วยบริการทั้งหมดที่มี เช่น

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการสลายนิ่ว

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf หรือตามที่สำนักงานฯ กำหนด สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)
3. แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed Consent) ของผู้ป่วย
4. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น
5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์
6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)
7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)
8. แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)
9. แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด (ถ้ามี)
10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ
12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)
13. แบบบันทึกทางการแพทย์ Nurses note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการแพทย์พยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
14. แบบบันทึกวิสัญญีเวชหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)
15. แบบบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake-Output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น
16. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น สำเนาบัตรใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น
17. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

17.1 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัด หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบลำหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2 กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือ เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียน โรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมซึ่งจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐาน หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานบริการหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

19.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาลเซ็นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้นๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อยอมรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ หรือในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบตามแต่ละประเภทการตรวจสอบที่มีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี รวมถึง Visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น Known case จากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย

1.2 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, Bleeding time, Cardiac enzyme ฯลฯ หรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.3 ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี

1.6 ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

1.7 หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.8 หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัด เวชกรรมฟื้นฟู และการบริการพิเศษอื่นๆ

1.9 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น

1.10 กรณีที่มีการรับเข้านอน รพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในโรงพยาบาล และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย
3. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้
 - 3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer)
 - 3.2 อื่นๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น
4. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)
5. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

ทีมตรวจสอบเวชระเบียน ประกอบด้วย 2 ทีมหลัก ดังนี้

1. พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 54-56 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545)
2. คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นสำคัญในการตรวจสอบ

1. ความถูกต้องตามสัญญาเงื่อนไขการให้บริการ

การให้บริการที่สามารถเบิกชดเชยได้จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด เช่น

 - เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงการบริหารกองทุนและแนวทางการดำเนินงาน(ตามปีงบประมาณที่ขอตรวจสอบ)
 - คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข(ตามปีงบประมาณที่ขอตรวจสอบ)
 - คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ตามปีงบประมาณที่ขอตรวจสอบ)
 - คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข(ตามปีงบประมาณที่ขอตรวจสอบ)

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการควรศึกษาข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดให้ละเอียดเพื่อจะได้ให้บริการได้อย่างถูกต้อง เช่น ข้อมูลกลุ่มผู้มีสิทธิ เงื่อนไขการให้บริการตามสัญญา เงื่อนไขการจ่ายชดเชย อัตราการจ่ายชดเชย เป็นต้น
2. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่ยืนยันการให้บริการจริง

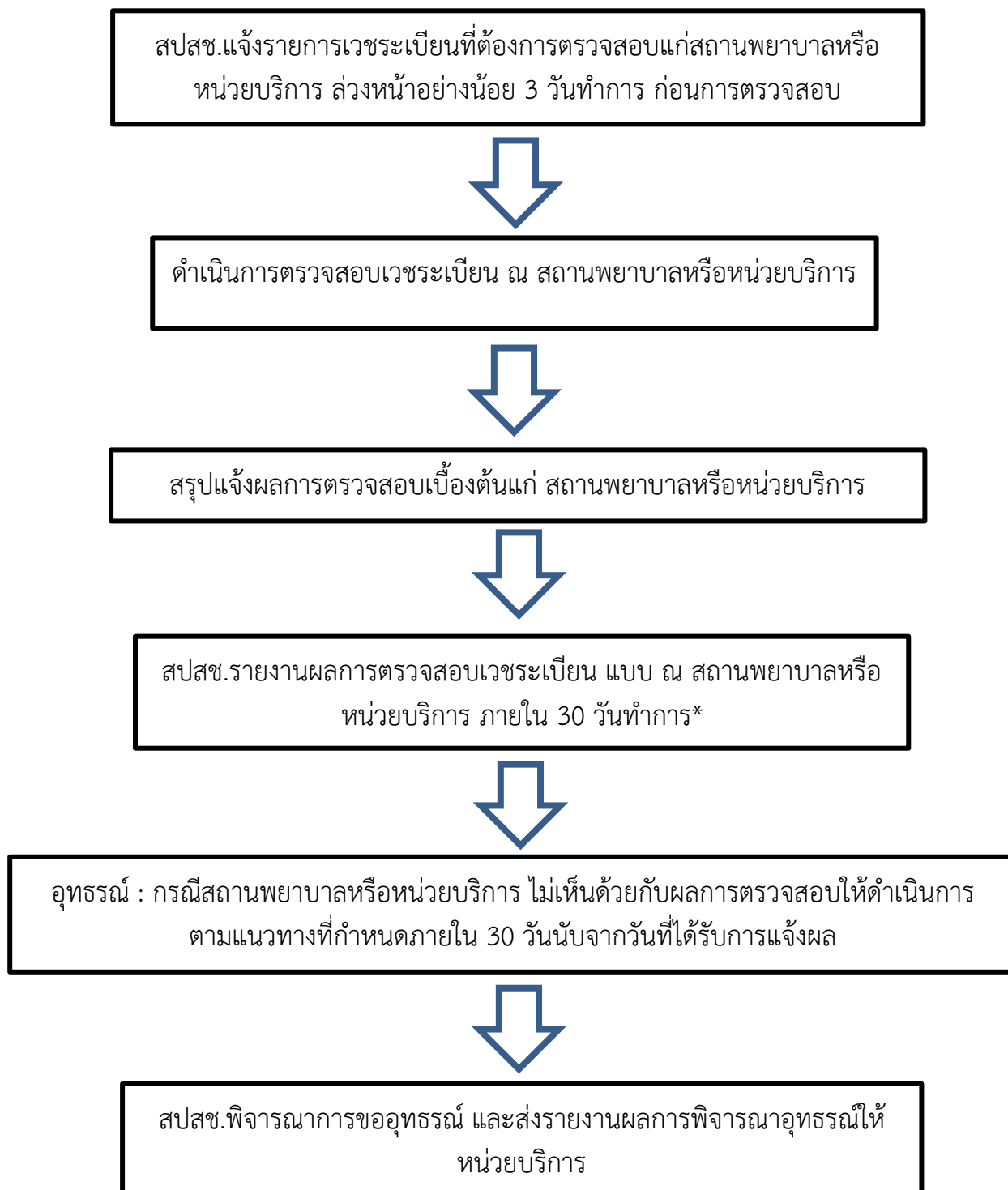
การให้บริการจะต้องมีการบันทึกรายละเอียดการให้บริการและสามารถนำมาแสดงให้ตรวจสอบได้ **หากไม่มีหลักฐานการให้บริการจะถือว่าไม่ได้ให้บริการจริง**

3. ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล
 - บันทึกข้อมูลที่ได้ให้บริการถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - บันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายถูกต้องตามเงื่อนไขที่กำหนด
4. ความถูกต้องของการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - การให้บริการจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน

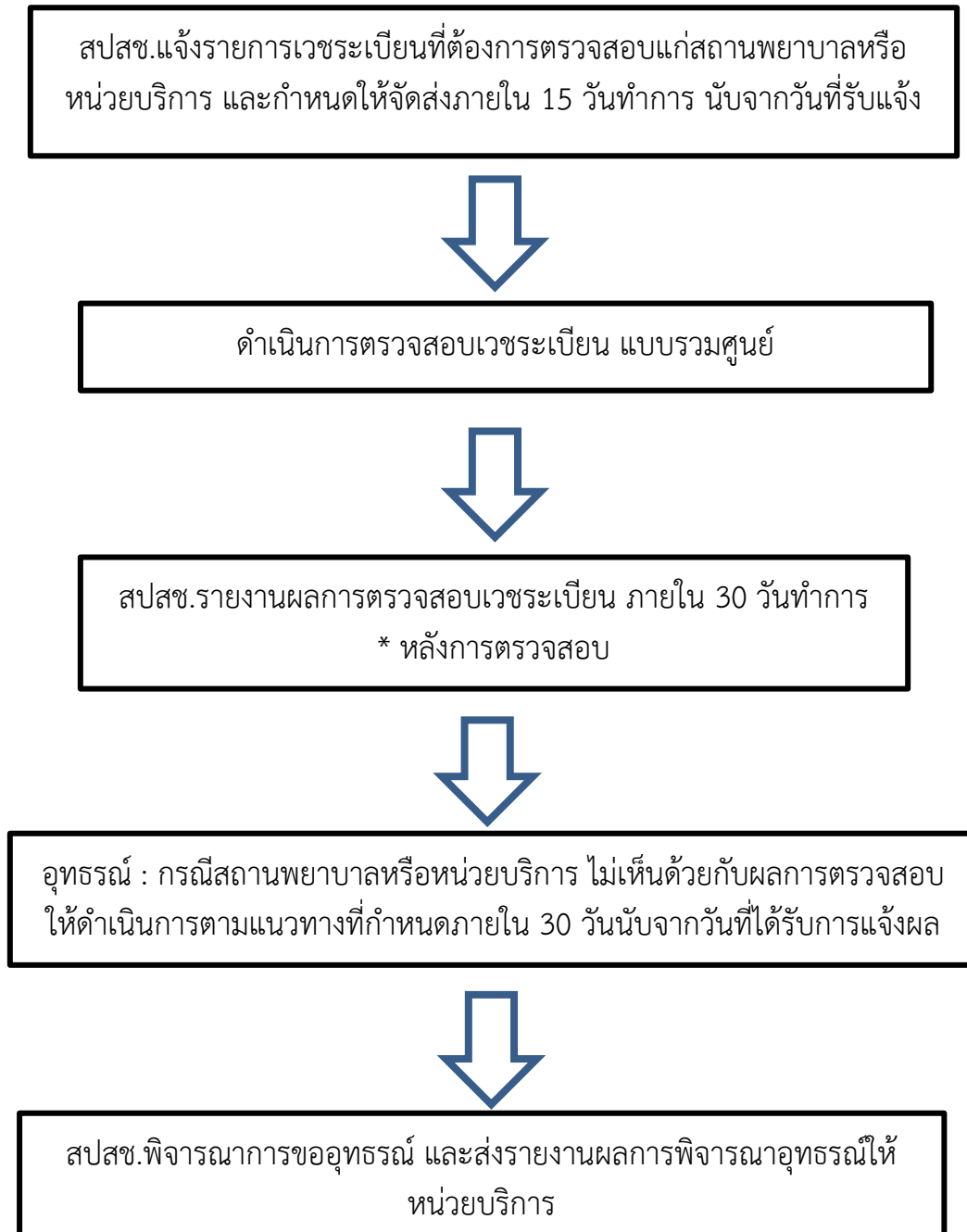
ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้วหน่วยงานที่รับผิดชอบการตรวจสอบจะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ที่กำหนด และจะรายงานผลการตรวจสอบให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว และเมื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถทักท้วงผลการตรวจสอบได้ ตามแนวทางที่กำหนด โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนี้

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์)
ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ



หมายเหตุ * ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์)
แบบเรียกตรวจส่วนกลางหรือรวมศูนย์



หมายเหตุ * ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่องที่ตรวจสอบ

การขยายผลการตรวจสอบ

ขยายผลการตรวจสอบในวันที่ตรวจ/หลังจากวันตรวจ เมื่อพบคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นมากกว่าร้อยละ 40 ของ จำนวนที่คัดเลือกมาตรวจ หรือเมื่อสำนักงานฯ พบความคลาดเคลื่อนอื่นใดที่มีเหตุอันควรขยายผล

การดำเนินการหลังได้รับผลการตรวจสอบเวชระเบียน

หลังจากหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้ว ขอให้หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

1. กรณียอมรับผลการตรวจสอบและไม่มีข้อทักท้วง ให้ทำหนังสือยืนยันยอมรับผลการตรวจสอบ และ ยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขข้อมูลตามผลการตรวจสอบ
2. กรณีไม่ยอมรับและมีข้อทักท้วงผลการตรวจสอบ สามารถทักท้วงเป็นเอกสารพร้อมหลักฐานประกอบการ ขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่สำนักงานฯ ตามระยะเวลาที่กำหนด
3. กรณีหน่วยบริการไม่มีการตอบรับภายในระยะเวลาที่กำหนด สำนักงานฯ จะถือว่าหน่วยบริการยอมรับ ผลการตรวจสอบ และยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขข้อมูลตามผลการตรวจสอบ

การดำเนินการกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสุจริตจริง

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหัก ค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสุจริตจริง พ.ศ.2552 ข้อ 6 ถ้าสำนักงานตรวจสอบ พบในภายหลังว่าการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องหรือผิดพลาดคลาดเคลื่อนจะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนก็ได้ ดังนี้

- (1) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน ให้สำนักงานแนะนำ เพื่อให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานตามสิทธิที่หน่วยบริการพึงได้รับ
- (2) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยผิดพลาดอันเกิดจากความ ไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการ ให้สำนักงานเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที
- (3) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ไม่ว่าจะเป็นการ สรุปรวมเกินหลักฐานในเวชระเบียนหรือสรุปการทำหัตถการ โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียนหรือ มีการเพิ่มรหัส การวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้ สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปเกินควรแก่กรณี ให้สำนักงานเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณา หักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืนตาม (2)

อัตรการปรับ : การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นจำนวนเท่าใด ให้พิจารณาโดยค้ำึงถึงระดับความรุนแรงหรือพฤติการณ์แห่งการกระทำในแต่ละครั้งเป็นเกณฑ์ แต่ต้องไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงิน ที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น และ ไม่เกินหนึ่งแสนบาท (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 126 ตอนพิเศษ 91ง ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2552)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2545. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.
2. กรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560. คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ปี 2560. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
3. สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ. 2561. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2562. กรุงเทพมหานคร.

ภาคผนวก

รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
1	11637	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กน่านา
2	12243	สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง
3	13674	ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร
4	15146	บางบอนคลินิกเวชกรรม
5	15148	คลินิกเวชกรรมแพทยศรีนครินทร์
6	15153	คลินิกเวชกรรมแพทยฉัตรลดา
7	15157	คลินิกเวชกรรมคลองเตย
8	15161	เรือพระร่วงสหคลินิก
9	15162	คลินิกเวชกรรมลาซาล
10	15177	สหคลินิกกล้วยน้ำไท สาขาทุ่งสองห้อง
11	15181	เตาปูนสหคลินิก
12	15184	สหคลินิกแพทยเวชกรรมและแพทยแผนไทย
13	15185	ธนาภมย์สหคลินิก
14	15187	อินทขัฒติแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาเจริญกรุง
15	15188	คลินิกเวชกรรมทุ่งครุ
16	15201	คลินิกเวชกรรมจันทน์สะพาน 4
17	16037	คลินิกสุพจน์เวชกรรม
18	16142	รื่นฤดีสหคลินิก
19	16161	อินทขัฒติแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาตลิ่งชัน
20	16391	ว.พ.คลินิกการแพทย
21	11706	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กบางขุนเทียน1
22	15165	คลินิกเวชกรรมปิยะมินทร์ สาขาราม 2
23	15167	คลินิกเวชกรรมปิยะมินทร์ สาขาวัดตะกล้า
24	15171	คลินิกเวชกรรมปิยะมินทร์ อุดมสุข
25	20448	คลินิกเปรมประชากรแพทย
26	21647	มิตรชุมชนคลินิกเวชกรรม สาขาลาดพร้าว 111
27	21716	คลินิกเวชกรรมวิภาวดี ซอย 2
28	21722	ธรรารรณสหคลินิก(เวชกรรมและการแพทยแผนไทย)
29	21833	คลินิกเวชกรรมลาดพร้าว 122
30	22006	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขาราม 39
31	22007	คลินิกเวชกรรมพุทธบูชา

รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
32	22094	ทัฬหสุวรรณคลินิกเวชกรรม
33	22159	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาคลองสาน
34	22163	พระยาสุเรนทร์คลินิกเวชกรรม สาขาแกรนด์ออกคิด
35	22675	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขา 2
36	22679	วิภาวดี 49 คลินิกเวชกรรม
37	22682	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขา 3
38	22684	ศิริพัฒน์สหคลินิก
39	22687	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขา 4
40	22690	สายไหมคลินิกเวชกรรม สาขาอ้อเงิน
41	22691	ธรรมสุวรรณสหคลินิก
42	22693	มิตรชุมชนคลินิกเวชกรรม สาขาจันทบุษยา
43	22694	มิตรชุมชนคลินิกเวชกรรม สาขารามอินทรา กม.2
44	22695	สหคลินิกตลาดบัว
45	22696	คลินิกเวชกรรมวิภาวดี 60
46	22704	โพธิ์สุวรรณคลินิกเวชกรรม สาขานนลาดปลาเค้า
47	22705	โพธิ์สุวรรณคลินิกเวชกรรม สาขาบางเขน
48	22706	พัฒนเวชสหคลินิก
49	22707	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาบางเขน
50	22708	ภานพคลินิกเวชกรรม
51	22709	สายไหมคลินิกเวชกรรม สาขาตลาดวงศกร
52	22880	พหลโยธิน 65 คลินิกเวชกรรม
53	22881	สายหยุดโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก
54	22892	คลินิกเวชกรรมเอนเนอร์จันนิทร
55	22966	พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม
56	22974	สหคลินิกกล้วยน้ำไท สาขาตลาดยิ่งเจริญ
57	23436	คลินิกเวชกรรมเพชรบุรี 12
58	23437	คลินิกเวชกรรมทวีมาศ สาขารามคำแหง 36/1
59	23438	คลินิกเวชกรรมทวีมาศ สาขารามคำแหง 53
60	23439	งามเจริญคลินิกเวชกรรม
61	23556	เจริญนครธนบุรีคลินิกเวชกรรม
62	23557	สี่แยกประเวศคลินิกเวชกรรม

รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
63	23561	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาบางแค
64	23817	เจริญ 44 คลินิกเวชกรรม
65	23840	เมืองมีนบุรีคลินิกเวชกรรม
66	23841	คลินิกเวชกรรมชอยนวนลจันทร์
67	23842	เจริญราษฎร์คลินิกเวชกรรม
68	23843	อิสราฟคลินิกเวชกรรม
69	23845	คลินิกเวชกรรมแพทย์ศรีนครินทร์ สาขาสี่แยกศรีนุช
70	23847	พิบูลวัฒน์นาสคลินิก
71	23849	สุขกมลคลินิกเวชกรรม
72	23850	สหคลินิกถนนนวมินทร์
73	23851	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาติงแดง
74	23852	ฉมวรรณสหคลินิก (เวชกรรมและการแพทย์แผนไทย)
75	23853	เพชรคลินิกเวชกรรม
76	23854	สหคลินิกบางชัน
77	23855	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขาปัฐวิกรณ์
78	23877	คลินิกเวชกรรมสายสัมพันธ์
79	23882	มิตรชุมชนคลินิกเวชกรรม สาขาจอมทอง
80	23884	จันทร์เกษมคลินิกเวชกรรม
81	23886	คลินิกเวชกรรมอยู่สุข
82	23892	คลินิกเวชกรรมใกล้บ้าน
83	23902	คลินิกเวชกรรมเจริญแพทย์ดุสิต
84	23905	นาหลวงคลินิกเวชกรรม
85	23910	การแพทย์เทอดไทคลินิกเวชกรรม
86	24079	คามราตาคลินิกเวชกรรม
87	24080	คามราตาคลินิกเวชกรรม สาขาหลักสี่
88	24081	คามราตาคลินิกเวชกรรม สาขาทุ่งสองห้อง
89	24551	สายไหมคลินิกเวชกรรม สาขาลาดกระบัง
90	24552	สายไหมสหคลินิก สาขาเสรีไทย
91	24553	สายไหมคลินิกเวชกรรม สาขาหทัยราษฎร์
92	24554	สายไหมสหคลินิก สาขาหมู่บ้านนักกีฬา
93	24555	สายไหมคลินิกเวชกรรม สาขาเคหะร่มเกล้า

รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
94	24668	ลภาราม 1 คลินิกเวชกรรม
95	24840	ลาดพร้าวการแพทย์คลินิกเวชกรรม
96	24841	คลินิกเวชกรรมวังหิน
97	24902	ประชาสุขคลินิกเวชกรรม
98	24903	ประชาสุขคลินิกเวชกรรม สาขาอินทามระ 4
99	24929	สร้างสุขคลินิกเวชกรรม
100	24930	สุขเจริญสหคลินิก
101	24931	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขา 5
102	24957	พญาไทสิทธิเวชสหคลินิก
103	24966	คลินิกเวชกรรมรวินท์มาศ
104	24967	สหคลินิกซอยเพชรบุรี 35
105	24968	ดินแดงคลินิกเวชกรรม
106	24969	ศิริกัญญาคลินิกเวชกรรม
107	24970	รักสุขภาพคลินิกเวชกรรม
108	24971	สี่แยกมหนาคคลินิกเวชกรรม
109	25038	สุนันทาคลินิกเวชกรรม
110	28898	สุขพลินคลินิกเวชกรรม
111	29201	เจริญกรุง 56 คลินิกเวชกรรม
112	29202	จันทร์ 16 คลินิกเวชกรรม
113	29203	บางจากคลินิกเวชกรรม
114	29204	คลินิกเวชกรรมแพทย์ศรีนครินทร์ สาขาประเวศ
115	29205	เจริญกรุง 91 คลินิกเวชกรรม
116	29206	คลินิกเวชกรรมแพทย์ศรีนครินทร์ สาขาพัฒนาการ
117	40986	มิตรไมตรีสหคลินิก สาขาลาซาล
118	40987	บางกอกใหญ่คลินิกเวชกรรม
119	40988	สะพานสูงคลินิกเวชกรรม
120	41065	คลินิกเวชกรรมฉัตรลดดา
121	41068	สุขะวิทยาสหคลินิก
122	41070	ศิริพัฒน์เมตติคัลคลินิกเวชกรรม
123	41071	ศิริพัฒน์เมตติคัลสหคลินิก
124	41073	มิตรไมตรีสหคลินิก สาขาแก้วเงินทอง

รายชื่อคลินิกเดี่ยว ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
125	41074	ชนารมย์สหคลินิก(ราชพฤกษ์-สวนผัก)
126	41096	นิมิตรใหม่คลินิกเวชกรรม
127	41532	มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (อุทุมสุข)
128	41587	กานพัชทวีคลินิกเวชกรรม
129	41588	รังสิยามติศาสตร์คลินิกเวชกรรม
130	41593	เมืองธรรมคลินิกเวชกรรม (สาขาพัฒนาการ)
131	41594	เมืองธรรมคลินิกเวชกรรม (สาขาพระโขนง)
132	41628	สิทธิเวชร่วมเกล้าคลินิกเวชกรรม
132	41645	คลินิกเวชกรรมท่าพระตลาดพลู

รายชื่อโรงพยาบาลและคลินิกในเครือข่ายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
1	11468	ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
2	11469	โรงพยาบาลเลิดสิน
3	11470	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
4	11472	โรงพยาบาลราชวิถี
5	11477	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
6	11478	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
7	11481	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
8	11482	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.
9	11535	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช
10	11536	โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
11	11537	โรงพยาบาลกลาง
12	11538	โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร
13	11539	โรงพยาบาลตากสิน
14	11540	โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ
15	11541	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
16	11581	โรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดกลางกล้วยน้ำไท 2
17	11583	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
18	11595	นวมินทร์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
19	11621	โรงพยาบาลบางไผ่
20	11629	โรงพยาบาลเพชรเวช
21	11641	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางโรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไฟฉาย
22	11647	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ พระราม2
23	11667	โรงพยาบาลประชพัฒน์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
24	11668	โรงพยาบาลสุขสวัสดิ์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
25	11675	คลินิกเวชกรรมอนันต์พัฒนา
26	11703	โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา
27	11708	โรงพยาบาลบางมดโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่

รายชื่อโรงพยาบาลและคลินิกในเครือข่ายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
28	11722	โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
29	11770	โรงพยาบาลพริ้นซ์ ฮอลพิทอลโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
30	13756	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
31	13781	โรงพยาบาลรามธิบดี
32	13814	โรงพยาบาลศิริราช
33	14173	โรงพยาบาลตำรวจ
34	14641	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
35	15049	โรงพยาบาลสิรินธร
36	15141	สหคลินิกแพทย์ปัญญา 2
37	15143	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาประชาอุทิศ (วิเศษสุขนคร 25)
38	15144	เทียนทะเลคลินิกเวชกรรม
39	15145	บางขุนเทียน 2 คลินิกเวชกรรม
40	15150	นวมินทร์การแพทย์คลินิกเวชกรรม สาขาหน้านิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง
41	15151	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาเคหะร่มเกล้า
42	15152	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาหัวตะเข้
43	15155	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาสาทร
44	15156	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาชุมชน 70 ไร่
45	15163	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาราม 2
46	15164	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาสุภาพงษ์ 3
47	15168	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาสุขุมวิท 56
48	15169	คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาอ่อนนุช
49	15170	สหคลินิกกล้วยน้ำไท สาขาสุขุมวิท 93
50	15172	เพชรเกษม 54 คลินิกเวชกรรม
51	15174	สหคลินิกกล้วยน้ำไท สาขาโศภ
52	15176	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขามมทานคร
53	15182	บางมด 3 คลินิกเวชกรรม
54	15189	คลินิกเวชกรรมแพทย์ปัญญา สาขาอ่อนนุช 39

รายชื่อโรงพยาบาลและคลินิกในเครือข่ายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
55	15190	สหคลินิกแพทย์ปัญญา 3
56	15196	เพชรทองคำคลินิกเวชกรรม สาขาพระราม 2
57	15526	วัชรพลเวชกรรมคลินิก
58	21336	คลินิกเวชกรรมบางไผ่
59	21337	คลินิกเวชกรรมอนันต์พัฒนา สาขาทวีวัฒนา
60	21338	คลินิกเวชกรรมอนันต์พัฒนา สาขาบางอ้อ
61	21444	สหคลินิกกล้วยน้ำไท สาขาเดอะซีอปปส์แกรนด์พระราม9
62	21710	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขารัตนบัณฑิต
63	21967	อินทัชเมดิแคร์คลินิกเวชกรรม สาขาราชฎีบุรีบูรณะ
64	22000	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาเคซีรามอินทรา
65	22001	คลินิกเวชกรรมเพชรเกษม 102
66	22092	คลินิกเวชกรรมอนันต์พัฒนา สาขาบางซื่อ
67	22160	คลินิกเวชกรรมบางไผ่-ระจิมทอง
68	22161	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาลำผักชี
69	22356	คลินิกเวชกรรมรตาวุฒิ สาขาบางบอน 1
70	22548	สหคลินิกบางขุนเทียน 5
71	22686	นวมินทร์สหคลินิก สาขา รามอินทรา กม.8
72	22879	เสนาวิเวศน์คลินิกเวชกรรม
73	22884	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขา มีนบุรี
74	23878	คลินิกเวชกรรมหนองค้างพลู 1
75	23901	คลินิกเวชกรรมเจริญแพทย์ปิ่นเกล้า
76	23903	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาคันนายาว
77	23904	นวมินทร์คลินิกเวชกรรม สาขาสะพานสูง
78	23909	คลินิกเวชกรรมรตาวุฒิ สาขาบางแวก
79	25015	โรงพยาบาลเพชรเกษม 2
80	41063	คลินิกเวชกรรมท่าพระ
81	41064	คลินิกเวชกรรมตลิ่งชัน

รายชื่อโรงพยาบาลและคลินิกในเครือโรงพยาบาล ปิงปวงประมาณ 2563

ลำดับ	รหัส	หน่วยบริการ
82	41367	โรงพยาบาลอรุณ
83	41601	เมืองเพชรคลินิกเวชกรรม
84	41642	คลินิกเวชกรรมเดอะซีพีลัส
85	41643	เพชรเกษม 69 คลินิกเวชกรรม
86	41644	คลินิกเวชกรรม ม.เศรษฐกิจ

รายชื่อเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารกองทุน

ชื่อ-สกุล	งานที่รับผิดชอบ	E-mail address	หมายเลขโทรศัพท์	
นางกฤตพร จันคณา	บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในภาพรวม	krittapom.c@nhso.go.th	02-1420950	089-9696496
นางวิภารัตน์ ศิริผลหลาย	บริหารงานตรวจสอบการชดเชยในภาพรวม , งบลงทุน	wiparat.s@nhso.go.th	02-1421001	089-9696491
นางปานใจ ตันติภูษานนท์	บริหารกองทุนผู้ป่วยใน , จ่ายชดเชย PCC (หน่วยร่วมให้บริการ)	panjai.t@nhso.go.th	02-1420952	090-1975275
นางสาวจรรูวรรณ สวาสต์กลิ่น	บริหารงาน Quality audit , Billing audit	Jaruwan.s@nhso.go.th	02-1420942	084-3877065
นายพีรณย์ ชาญฤทธิ์	บริหารงาน Coding audit , Billing audit	Peeradon.c@nhso.go.th	02-1420941	090-1975127
นางสาวณัฐมา สัมมาคาม	กองทุนผู้ป่วยนอก (OP Refer)	natcha.s@nhso.go.th	02-1420963	061-4184869
นางสาวสุวดา แสงงาม	จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว OP , Clearing house งบ OP	suwada.s@nhso.go.th	02-1420957	061-4184835
นางสาวกรรณิกา คงคัมภีร์	จ่ายชดเชย OPAE , OP พิการ, บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	kannika.k@nhso.go.th	02-1420953	061-4048851
นางสาวนภลัย มากบ้านดอน	จัดสรรงบลงทุน	napalai.m@nhso.go.th	02-1420954	061-4184110
นางสาวเฉลิมขวัญ จันทรง	จ่ายชดเชย PP Itemized , ทันตกรรมรักษา , จัดสรร PP Step ladder	chalemquan.j@nhso.go.th	02-1421007	061-4187587
นางสาวสุรีย์รัตน์ หอมหวล	จ่ายชดเชยทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน , OP Individual , Home Health Care	sureerut.h@nhso.go.th	02-1420958	081-8229570
นางสาววรลักษณ์ อภิธรรม	ประสานงาน audit	woralucka.a@nhso.go.th	02-1420941	061-4200847
นางสาวรวงคณา ประเวศไพโรสนธิ์	ประสานงาน audit	warangkana.p@nhso.go.th	02-1420941	084-4390103
นางสาวอัจฉริยา เกตุพานิช	ประสานงาน audit	Achariya.k@nhso.go.th	02-1420942	080-1025600