

ที่ สปสช. ๕.๔๒ /ว.๔๘๘

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งรหัสที่ใช้สำหรับบันทึกเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอก ผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/
ผู้ประกอบการกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่น

อ้างอิง หนังสือที่ สปสช.๕.๔๒/ว.๓๔๓ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

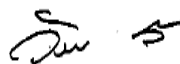
สิ่งที่ส่งมาด้วย ตารางเสนอรายการที่ใช้บันทึกเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอก ผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้แจ้งรหัสที่ใช้สำหรับบันทึกเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอก ผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM รายละเอียดตามที่อ้างถึง นั้น เนื่องจาก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีการเพิ่มรหัสและรายการที่ใช้ในการบันทึกเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข สำนักงานฯ จึงใคร่ขอเรียนแจ้ง ดังนี้

- ๑) กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และรหัสรายการที่ใช้บันทึกเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอก ผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM หมวด ๒-๑๖ (Scan QR code ด้านล่างเพื่อดาวน์โหลดเอกสาร)
- ๒) กรณีรายการนอกเหนือจากที่กำหนดในหมวด ๕ เวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย และหมวด ๑๑ ค่าทำหัตถการและวิสัญญี สำนักงานฯถือว่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายหรืออุปกรณ์ดังกล่าว เหมารวมในกิจกรรมการให้บริการ หรือการทำหัตถการแล้ว ไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มได้อีก
- ๓) หากหน่วยบริการประสงค์ที่จะเสนอรายการอัตราค่าบริการสาธารณสุข เช่น กรณีเทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้หน่วยบริการเสนอรายการดังกล่าวไปยังสำนักงานฯ โดยระบุ รหัสรายการ ชื่อรายการ เงื่อนไขในการตรวจ ประเมินการงบประมาณที่ต้องใช้ และราคา รายละเอียดตามที่ส่งมาด้วย เพื่อสำนักงานฯรวบรวมข้อมูล เสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา กำหนดรหัส หลักเกณฑ์เงื่อนไข และราคาจ่ายชดเชยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายวีระพันธ์ ลีธนะกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กลุ่มงานบริหารกองทุน

โทร. ๐๒-๑๔๒-๐๙๖๓ , โทรสาร. ๐๒-๑๔๓-๘๗๗๒-๓

ผู้รับผิดชอบ นางสาวณัฐมา สัมมาคาม

FM-๔๐๑ ๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๓

วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ตารางเสนอเพิ่มรายการที่ใช้บันทึกเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอก ผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

| ลำดับ | รหัส | รายการ | หน่วย | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้ในการตรวจ/ หมายเหตุ |
|-------|------|--------|-------|------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

ข้อมูลการให้บริการ

รายการ.....

| ปีงบประมาณ | จำนวนผู้รับบริการ(คน) | จำนวนครั้งในการให้บริการ(ครั้ง) | รวมจำนวนเงิน |
|------------|-----------------------|---------------------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

หมายเหตุ : เพื่อสำนักงานฯ ประมาณการงบประมาณที่จะต้องใช้ หรือแนบข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณา เช่น เอกสารอ้างอิง ผลการวิจัย ผลการศึกษา เป็นต้น