



การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid-2019

ชาลิณี ปิยะประสิทธิ์ 20 มกราคม 2565

รายการค่าใช้จ่ายการให้บริการสำหรับประชาชนไทยทุกคน



1. กรณีคัดกรองความเสี่ยง



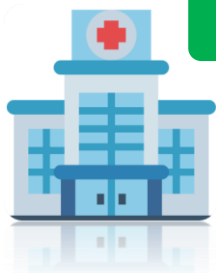
1. กลุ่มเสี่ยงตามกระทรวงกำหนด
2. Pre op ตามกระทรวงกำหนด
3. ดุลยพินิจของแพทย์

เอกชน Authentication



รายการ	ตรวจ lab	ค่าบริการ	เก็บตัวอย่าง	จ่ายต่อครั้ง
RT-PCR ชนิด 2 ยีน	ตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	1,300 บาท
RT-PCR ชนิด 3 ยีน	ตามจริงไม่เกิน 1,200 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	1,500 บาท
Pooled saliva	ตามจริงไม่เกิน 200 บาท	เหมาจ่าย 40 บาท	เหมาจ่าย 40 บาท	280 บาท
Pooled swab	ตามจริงไม่เกิน 250 บาท	เหมาจ่าย 50 บาท	เหมาจ่าย 100 บาท	400 บาท
RT-PCR (pooled ผลบวก)	ตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท	เหมาจ่าย 200 บาท		1,200 บาท
Antibody	เหมาจ่าย 350 บาท			350 บาท
Antigen	Chromatography จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาท/ครั้งบริการ			
	FIA จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาท/ครั้งบริการ			

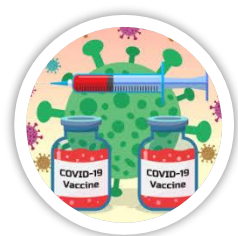
2. Hospital Quarantine



สถานกักกันโรคที่หน่วยบริการจัด*สำหรับหน่วยบริการในระบบ UC
จ่ายค่าตรวจ Lab และค่าดูแลรวมอาหาร 3 มื้อ วันละไม่เกิน 600 บาท/ไม่เกิน 10 วัน



3. กรณีฉีดวัคซีนโควิด-19



ค่าฉีดเหมาจ่ายครั้งละ 40 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน



4. ค่าป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เหมาจ่าย 2,500 บาท
ต่อผู้เสียชีวิต



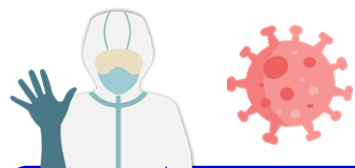
5. ค่าความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโควิด-19

กรณีเสียชีวิตไม่เกิน 400,000 บาท
กรณีพิการ/ทุพพลภาพไม่เกิน 240,000 บาท
กรณีบาดเจ็บต่อเนื่องไม่เกิน 100,000 บาท

การดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19 กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสิทธิ UC



หน่วยบริการ UC



กรณีผู้ป่วยนอก(OP)



1. ค่าตรวจ Lab+ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR Antigen Antibody)
2. **ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 (รวมฟ้าทะลายโจร) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/ราย
3. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ-บ้าน-ด่าน-SQ+PPE+ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+1,400บาท)



กรณีผู้ป่วยใน(IP)

จ่าย DRGs และเพิ่มเติม

PUI Admit

ผล Negative

ผล Positive



1. ค่าตรวจ Lab+ค่าเก็บตัวอย่าง (RT-PCR Antigen Antibody)
2. **ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid 19 (รวมฟ้าทะลายโจร) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท/ราย
3. ค่าชุด PPE เหมาะจ่ายหรือค่าอุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ผู้ป่วยสีเขียว จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาท/วัน
ผู้ป่วยสีเหลือง ใช้ O2 canula จ่ายชุดละ 600 บาทไม่เกิน 5 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 3,000 บาท/วัน
ผู้ป่วยสีแดง ใช้ O2 High flow จ่ายชุดละ 600 บาทไม่เกิน 15 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 9,000 บาท/วัน
ผู้ป่วยสีแดง ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายชุดละ 600 บาทไม่เกิน 30 ชุด/วัน หรือไม่เกิน 18,000 บาท/วัน
4. ค่าห้อง ผู้ป่วยสีเขียว จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาท/วัน
ผู้ป่วยสีเหลือง จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท/วัน
ผู้ป่วยสีแดง จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาท/วัน
5. ค่ารถส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ-บ้าน-ด่าน-SQ+PPE+ยาฆ่าเชื้อ (จ่ายตามจริงตามระยะทาง+1,400บาท)

**กรณี PUI admit จะไม่สามารถเบิกยา Covid-19 ได้

**สถานบริการอื่น/หน่วยบริการที่ตรวจ RT-PCR หรือ pool samples ต้องผ่านการรับรองจากกรมวิทย์

การให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ Covid-19 ในสถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย, Hospitel, รพ.สนาม

สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วยได้แก่
Home Isolation , Community Isolation , Hotel Isolation



ประเภทการเบิกจ่าย

HI, CI, Hotel Isolation
>> ส่งเบิกแบบ OP<<

Hospitel, รพ.สนาม
>> ส่งเบิกแบบ IP<<

การจ่ายแบบ Home Isolation & Community Isolation แบบ OP



ภายใต้การดูแลของแพทย์

HI: Home Isolation

ผ่านความเห็นชอบ
จากคณะกรรมการ
โรคติดต่อจังหวัด



ภายใต้การดูแลของแพทย์

CI: Community Isolation

หน่วยบริการ
ดำเนินการได้เลย

Authentication

ก่อนเข้า HI/CI

เงินงวดแรกเหมาะจ่าย
1,000 บาท/ราย (HI)



หน่วยบริการ UC

จัดบริการแบบ OP

1. RT-PCR

- 1. ค่าตรวจ 1,000 / 1,200 บาท
- 2. ค่าบริการ 200 บาท
- 3. ค่าเก็บ 100 บาท

4. ค่ายา

- ยา Covid ตามจริงไม่เกิน 7,200 บาท (รวมฟ้าทะลายโจร 300 บาท/ครั้ง)

8. ค่าชุด PPE (เฉพาะ CI)

- ค่าชุด PPE หรืออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 150 บาท/คน/วัน (จ่ายตามจำนวน จนท.ปฏิบัติงานจริง)

2. ค่าดูแลผู้ป่วย

- เหมาะจ่าย (ไม่เกิน 10 วัน)
1,000 บาท/วัน (อาหาร 3 มื้อ)
600 บาท/วัน (ไม่รวมอาหาร)

5. ค่าพาหนะส่งต่อ

- จ่ายตามจริง
ตามระยะทาง + ค่าทำความสะอาด
สะอาด 1,400 บาท

3. อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย

- จ่ายตามจริง
HI ไม่เกิน 1,100 บาท/ราย
CI ไม่เกิน 500 บาท/ราย

6. ค่า X-ray (เฉพาะ OP)

- จ่าย 100 บาท/ครั้ง (OP)

7. ค่าออกซิเจน

- จ่ายตามจริง
ไม่เกิน 450 บาท/วัน

การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อใช้ในการเบิกจ่าย

1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19)
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

ผู้ติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว)

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ
ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ >60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.) ดับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น

ผู้ติดเชื้อที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง)

4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) ที่ไม่ต้องให้การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง (HFNC)

5. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ HFNC หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ มีอาการ ของ multi organ failure ต้องได้รับการรักษาเพื่อพยุงอวัยวะ (organ support)

ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง (สีแดง)

ปัญหาที่พบบ่อยในการบันทึกข้อมูล e-claim

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

๒ กลับ

บันทึก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1)

การวินิจฉัยโรค(F2)

การผ่าตัดและการ(F3)

ค่าใช้จ่าย(F4)

มะเร็ง(F5)

บริการเฉพาะ(F6)

คำรักษาพยาบาล(F7)

ข้อมูลสิทธิ

ใช้สิทธิ

สิทธิประโยชน์

UCS สิทธิ UC

เงื่อนไขการเรียกเก็บ

กรุณาเลือก

โครงการพิเศษ

SCRCOV การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19

หน่วยบริการหลัก

11010 รพช. ชนบท

จังหวัดตามบัตรทอง

4000 ขอนแก่น

เขต(สปสช.)

สาขาพื้นที่(ขอนแก่น)

รหัส Authen Code / เลขอนุมัติ

PP102XXXXXXX

C438: เลือกเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ ไม่ตรงตาม สิทธิที่พึงเบิกได้

C454:รหัสโครงการพิเศษไม่สอดคล้องกับประเภท ผู้ป่วย หรือกรณีขอเบิกหรือรหัสโครงการพิเศษไม่ สอดคล้องกับปีงบประมาณ

C349:ไม่พบข้อมูลการ Authentication

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ

มีการส่งต่อ



ผู้ป่วยนอก



ผู้ป่วยใน



ทะเบียนผู้ป่วยสิทธิ



บริการ



ช่วยเหลือ



จัดการข้อมูล

แนวทางการแก้ไข

รหัส C	แนวทางการแก้ไข
438 : เลือกเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ ไม่ตรงตามสิทธิ์ที่พึงเบิกได้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีสิทธิ UCS >> เลือกสิทธิประโยชน์เป็น UCS สิทธิ UC 2. ผู้ป่วยมีสิทธิ ข้าราชการ>> เลือกสิทธิประโยชน์เป็น OFC ข้าราชการ(กรมบัญชีกลาง) 3. ผู้ป่วยมีสิทธิ อปท. >>เลือกสิทธิประโยชน์เป็น LGO อปท. 4. ผู้ป่วยมีสิทธิประกันสังคม>>เลือกสิทธิประโยชน์เป็น SSS ประกันสังคม 5. ผู้ป่วยมีสิทธิหลัก ประกันสังคม สิทธิรองข้าราชการหรือ อปท.>> เลือกสิทธิประโยชน์เป็น SSS ประกันสังคม 6. สิทธิอื่นๆนอกเหนือจากข้างต้น >> เลือกสิทธิประโยชน์เป็น UCS สิทธิ UC
454 : รหัสโครงการพิเศษไม่สอดคล้องกับประเภทผู้ป่วย หรือกรณีขอเบิกหรือรหัสโครงการพิเศษไม่สอดคล้องกับปีงบประมาณ	<p>SCRCOV: การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19 >> ใช้กับประเภท OPD ทุกสิทธิ +</p> <p>ADSCOV: สิทธิ UC ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์คัดกรองโควิด 19 >> เฉพาะผู้ป่วยในสิทธิ UC เท่านั้น</p>
314 : ไม่มีรหัสโรค หรือรหัสโครงการพิเศษ กรณีการตรวจคัดกรอง COVID19	กรณีคัดกรองโควิด ต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV: การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการโควิด 19
313 : บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV แต่ไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ หรือการตรวจ Lab,	กรณีบันทึก SCRCOV จะต้องมีการเบิกค่าเก็บตัวอย่าง หรือค่าตรวจ LAB
325 : บันทึก Project code SCRCOV แต่ไม่มีรายการ Lab Screening	
349 : ไม่พบข้อมูลการ Authentication	ตรวจสอบข้อมูลการขอ Authentication ตามประกาศ ประเภทที่ขอ ต้องตรงกับรายการที่ขอเบิก เป็นต้น

แนวทางการแก้ไข C349

C349	<p>Screening</p> <p>แจ้งแนวทางการแก้ไขข้อมูล C349 ให้หน่วยบริการทราบ โดยให้ดำเนินการแก้ไขข้อมูล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ใช้หลักฐานการให้บริการ (ใบรายงานผล Lab) หรือ 2) หนังสือรับรองจากผู้บริหาร ตามรูปแบบที่กำหนด
C349	<p>HI/CI</p> <p>แจ้งแนวทางการแก้ไขข้อมูล C349 ให้หน่วยบริการทราบ โดยให้ดำเนินการแก้ไขข้อมูล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ใช้หลักฐานการให้บริการ (ใบบันทึกการติดตามอาการ) หรือ 2) หนังสือรับรองจากผู้บริหาร ตามรูปแบบที่กำหนด <p>ปลด C349 แล้วจะติดเงื่อนไข verify V000 ไม่มีข้อมูล authen ทำให้ไม่ผ่านเงื่อนไข เนื่องจาก ไม่มีข้อมูลให้โทร</p>

ให้หน่วยบริการที่ประสงค์จะขอแก้ไขข้อมูล จัดส่งเอกสารไปยังสปสช.ดังนี้

1. จัดส่งเอกสารหลักฐานยืนยันการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ หรือส่งหนังสือรับรองการให้บริการ ลงนามโดยผู้บริหาร หน่วยบริการ พร้อมเอกสารแจ้งรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี C349 ตามรูปแบบที่กำหนด
2. สำหรับรายละเอียดข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ ที่ต้องส่งมาพร้อมกับหนังสือรับรองการให้บริการนั้น ขอให้จัดส่งในรูปแบบของ excel file ด้วย

ตัวอย่างเอกสาร:การแก้ไข C349

หนังสือรับรองการให้บริการ

เรื่อง รับรองการให้บริการกรณี.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349) จำนวน 1 ชุด

ด้วยโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน จังหวัด..... ได้มีการให้บริการ... ตรวจสอบคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด 19 การให้บริการ Home Isolation หรือ Community Isolation แก่ผู้มีสิทธิ/ผู้ติดเชื้อโควิด19 โดยที่ไม่ได้ขอ Authentication code หรือมีการขอ Authentication code ผิดประเภท ทำให้ข้อมูลดังกล่าว ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ข้อมูลติด C349 ไม่พบการ Authentication) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน ได้มีการให้บริการดังกล่าวแก่ผู้มีสิทธิ / ผู้ป่วยโรคโควิด19 ตามรายชื่อในแบบฟอร์มรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย จริง และไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ (ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)

ตำแหน่ง.....

ตัวอย่างเอกสาร:การแก้ไข C349

แบบแสดงรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349)

ลำดับ	Train ID	PID	HN	ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ	วันที่รับบริการ	กรณีที่ขอแก้ไข
1						
2						
3						

สรุปรวมทั้งสิ้น จำนวน ราย

โดยขอให้จัดทำแบบแสดงรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C349) ในรูปแบบ excel file และจัดส่งตามช่องทางที่กำหนด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสเบิก	ชื่อ	อัตรา	หมวดการ บันทึก	หมายเหตุ
การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test	AgCG3	Antigen Chromatography	300	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
	AgFI3	Antigen Fluorescent Immunoassay (FIA)	400	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	PCR2G	LAB RT-PCR (2 Genes)	1,000	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
	PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes)	1,200	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
	145004	ค่าบริการสำหรับตรวจ Lab	200	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	100	หมวด 19	รหัสเดิม
การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำให้ Pooled Sample	Salva	Lab saliva+บริการตรวจ Lab (2)	240	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
	145006	ค่าบริการเก็บตัวอย่าง Pooled saliva	40	หมวด 19	รหัสเดิม
	Nswab	Lab Nswab + บริการตรวจ Lab (3)	350	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา
	145005	ค่าบริการเก็บ Swab	40	หมวด 19	รหัสเดิม
การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก	POPUI	LAB RT-PCR+ค่าบริการอื่นๆ Pooled Positive (4)	1,200	หมวด 7	รหัสเดิมปรับราคา

บริการ	รหัสเบิก	ชื่อ	อัตรา	หมวดการ บันทึก	หมายเหตุ
บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 สำหรับค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ	COVV01	ค่าทำความสะอาดพาหนะในการส่งต่อและ ค่าชุด PPE	1,400	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	145010	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล ผู้ป่วยโควิดสีเขียว	300	หมวด 19	คงเดิม
	145011	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีเขียว)	300	หมวด 19	คงเดิม
	145002	ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล	600	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
	145012	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีเหลือง)	3,000	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
	145013	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีแดง) ใช้ Oxygen High flow	9,000	หมวด 19	รหัสเดิมปรับราคา
	145015	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (สีแดง) ใส่เครื่องช่วยหายใจ	18,000	หมวด 19	รหัสใหม่

บริการ	รหัสเบิก	ชื่อ	อัตรา	หมวดการ บันทึก	หมายเหตุ
บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation & Community Isolation)	COVR05	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) รวมอาหาร	1,000	หมวด 1	คงเดิม
	COVR06	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) รวมอาหาร	1,000	หมวด 1	คงเดิม
	COVR11	ค่าดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation) ไม่รวมอาหาร	600	หมวด 1	คงเดิม
	COVR12	ค่าดูแลรักษาแยกกันในชุมชน (Community Isolation) ไม่รวมอาหาร	600	หมวด 1	คงเดิม
	145016	HI_ ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพสำหรับผู้ป่วยสีเขียวที่ดูแลใน Home Isolation	1,100	หมวด 19	รหัสใหม่ แทนรหัส 145009
ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบบ Community Isolation	145017	CI/Cohort_ ค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพสำหรับผู้ป่วยสีเขียวที่ดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation	500	หมวด 19	รหัสใหม่ แทนรหัส 145009
	145018	CI/Cohort_ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการระบาดวิทยา หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หรือ Community Isolation	150	หมวด 19	รหัสใหม่ แทนรหัส 145008

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดค่าห้อง

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

UCS สิทธิ UC

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มาระงับ(F5) บริการเฉพาะ(F6) **คำรักษาพยาบาล(F7)**

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	เบิกได้	เบิกไม่ได้
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	0.00	0.00
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ไม่ผ่าตัดรักษา	0.00	0.00
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	0.00	0.00
4	ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	0.00	0.00
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	0.00	0.00

ค่าห้อง/ค่าอาหาร

รหัส * 1
COVR05 ค่าดูแลสำหรับผู้ป่วย Home Isolation

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน * 2	พึงเบิกได้	ขอเบิก * 3	ส่วนเกิน
วัน	1,000.00	10	10,000.00	10,000.00	0.00

4
เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วน
COVR05	ค่าดูแลสำหรับผู้ป่วย Home Isolation	วัน	1,000.00	10	10,000.00	10,000.00	0.00

จำนวน 1 รายการ

รวม : พึงเบิกได้ : 10,000.00 ขอเบิก : 10,000.00 ส่วนเกิน : 0.00

ยกเลิก ตกลง 5

หมายเหตุ กรณี HI/CI เนื่องจากบันทึกเป็นกรณีผู้ป่วยนอก จำนวน คือจำนวนวันที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

กลับ บันทึก

ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

X

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

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	รายการ
1	ค่าห้อง/ค่าอาหาร	รายการ
2	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ไม่ผ่าตัด	รายการ
3	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.	รายการ
4	ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	รายการ
5	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	รายการ
6	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	รายการ
7	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	รายการ
8	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	รายการ

รหัส * 1 PCR3G ชื่อวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา LAB RT-PCR (3 Genes)

LABCODE LABCODE TMLTCODE TMLTCODE LOINC LOINC

หน่วย ราคากลาง จำนวน * 2 พึงเบิกได้ ขอเบิก * 3 ส่วนเกิน

ครั้ง 1,200.00 1 1,200.00 1,200.00 0.00

ผลตรวจ 4 No Result POSITIVE NEGATIVE

HCT 0 % MCV 00.00 fl

รหัสแผนกที่รับบริการ ชื่อแผนกที่รับบริการ

รหัสแผน... XX ชื่อแผนกที่รับบริการ

เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

C317:เบิกค่าตรวจ lab covid แต่ไม่บันทึกผลการตรวจ
การแก้ไข บันทึกผลการตรวจ lab Covid ให้ครบแล้วส่งเข้ามา
 ใหม่อีกครั้ง
การกำหนดค่า 16 เพิ่ม กำหนดที่เพิ่ม ADP ฟิลด์ STATUS1:
 ผลการตรวจ LAB COVID 1=Positive 2=Negative

จำนวน 1 รายการ

รหัส	รายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
PCR3G	LAB RT-PCR (3 Genes)	ครั้ง	1,200.00	1	1,200.00	1,200.00	0.00

รวม : พึงเบิกได้ : 1,200.00 ขอเบิก : 1,200.00 ส่วนเกิน : 0.00

หมายเหตุ กรณีตรวจคัดกรองรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV สิทธิข้าราชการ อปท. ต้องบันทึกรหัสตามที่ สปสช. กำหนด

ยกเลิก ตกลง 6

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดบริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวดหมู่

ผู้ปวยนอก / สร้าง บันทึกผู้ป่วยนอก

UCS สิทธิ UC

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

#	รายการค่าบริการทางการแพทย์	
16	ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด	
17	ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	
18	บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค	
19	บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด	รายการ
	ค่าใช้จ่ายสูง*	
	รวมทั้งหมด	

บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

รหัสรายการ * **1**

145002 ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล

หน่วย	ราคากลาง	จำนวน * 2	พึงเบิกได้	ขอเบิก * 3	ส่วนเกิน
ชุด	600.00	15	9,000.00	9,000.00	0.00

4 เพิ่มรายการ ล้างข้อมูล

จำนวน 1 รายการ

รหัสรายการ	หน่วย	ราคากลาง	จำนวน	พึงเบิกได้	ขอเบิก	ส่วนเกิน
145002 ค่าชุด PPE เจ้าหน้าที่ป้องกันส่วนบุคคล	ชุด	600.00	15	9,000.00	9,000.00	0.00

หมายเหตุ: บันทึกรายการขอรับการชดเชยพาหนะดังนี้

- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ S1801
- กรณีที่ขอรับการชดเชยค่าพาหนะเกิน 500 บาท/ครั้ง เลือกรหัสการเรียกเก็บ 2 รหัส คือ รหัส S1801 และรหัส S1802 โดยให้ระบุ ระยะทางไปกลับ เป็นกิโลเมตรด้วย

รวม :	พึงเบิกได้ :	ขอเบิก :	ส่วนเกิน :
	9,000.00	9,000.00	0.00

5 ยกเลิก ตกลง

ข้อควรระวัง การเบิก PPE ต้องสัมพันธ์กับ รหัสเบิกค่าห้อง จำนวนวันนอน และรหัสโรค ตามความรุนแรงของโรคเขียว เหลือง แดง

C383: รหัสโรคหรือรหัสหัตถการไม่สอดคล้อง กับค่าชุด PPE โควิด-19 (เขียว เหลือง แดง เข้ม)

รหัส DENY

แนวทางการแก้ไข

I21:เบิกชุด PPE มากกว่าจำนวนที่กำหนด

ตรวจสอบการบันทึกเบิกจำนวนชุด PPE กรณียืนยันการใช้ตามจำนวนที่บันทึกเบิกอุทธรณ์เป็นรายๆ

ตัวอย่างที่พบ

- เบิก PPE ในกรณีผู้ป่วย HI >> กรณี HI ไม่สามารถเบิก PPE ได้
- เบิก PPE กรณี CI เบิกผิดรหัส >> กรณี CI เบิกรหัส 145002 ไม่ได้ ต้องเบิกมาในรหัส 145008 หรือ 145018
- เบิก PPE สีเขียว เกินจำนวนวันนอน >> อัตราจ่าย PPE สีเขียวเป็นอัตราต่อวัน แต่เบิกเป็นต่อชุดเกินจำนวนวันนอน
- เบิก PPE แต่ไม่มีข้อมูลรหัสค่าห้อง >> ค่าห้องต้องบันทึกรหัสรายการราย item บันทึกค่าใช้จ่ายเป็นยอดรวมไม่ได้
- เบิกรหัสไม่ถูกต้อง เช่น วันนอน 3 วัน แต่เบิกรหัส 145012 (ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สีเหลือง วันละ 3000 มา จำนวน = 15) กรณีต้องการเบิกเป็นชุด ต้องเบิกมาในรหัส 145002

I05:จำนวนชั้นที่ขอเบิกมากเกินไป

ตรวจสอบจำนวนชั้นที่ขอเบิกแก้ไขมาให้ถูกต้องแล้วส่งข้อมูลเข้ามาใหม่ หากใช้จริงตามที่บันทึกเบิก ส่งเอกสารยืนยันมาที่ สปสช.

- ข้อมูลผู้ป่วยนอกเบิกค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 เช่น เบิก PCR3G =2 เป็นต้น

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดการวินิจฉัยโรค (F2)

F2 การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยโควิดกลุ่มไม่มีอาการ

Clinical	Labarotory confirm	Result	IPD Diagnosis		Code
Asymptomatic	Antigen test kid	negative	Pdx	observation for other	Z038
			SDx	Covid19 screening	Z115
		positive	Pdx	Isolation	Z290
			SDx	covid19 ATK positive	U072
	RT pcr	Not detected	Pdx	observation for other	Z038
			SDx	Covid19 screening	Z115
		Detected	Pdx	Isolation	Z290
			SDx	covid19 infection	U071

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดการวินิจฉัยโรค (F2)

F2 การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยโควิดมีอาการแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Clinical	Labarotory confirm	Result	IPD Diagnosis		Code		
Symptomatic without complication	Antigen test kid	negative	Pdx	No HI CI			
			SDx				
		positive	Pdx	clinical diagnosis example;			
				- Fever	R508		
				-URI	J068		
				-Acute bronchitis	J208		
	-Pneumonia		J128				
	SDx	covid19 ATK positive			U071		
	RT pcr	not detected	Pdx	clinical diagnosis example;			
				- Fever	R509		
				-URI	J069		
				-Acute bronchitis	J209		
		-Pneumonia	J189				
		SDx	Covid19 screening			Z115	
Detected		Pdx	clinical diagnosis example;				
			- Fever	R508			
	-URI		J068				
	-Acute bronchitis		J208				
-Pneumonia	J128						
SDx	covid19 infection			U071			

ตัวอย่างการบันทึกค่าบริการในหมวดการวินิจฉัยโรค (F2)

F2 การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยโควิดมีอาการและมีภาวะแทรกซ้อน

Clinical	Labarotory confirm	Result	IPD Diagnosis		Code	
			Pdx	SDx		
Symptomatic with complication	Antigen test kid	negative	Pdx	No HI CI		
			SDx			
		positive	Pdx	clinical diagnosis example;		
				- Fever		R508
				-URI		J068
				-Acute bronchitis		J208
	-Pneumonia		J128			
	SDx	covid19 ATK positive		U071		
	RT pcr	not detected	Pdx	clinical diagnosis example;		
				- Fever		R509
				-URI		J069
				-Acute bronchitis		J209
			-Pneumonia		J189	
			SDx	Covid19 screening		Z115
		Detected	Pdx	clinical diagnosis example;		
				- Fever		R508
				-URI		J068
				-Acute bronchitis		J208
-Pneumonia				J128		
SDx			covid19 infection		U071	
SDx	example: Acute respiratory failure		J960			
SDx	example: Cardiac arrest with succesful CPR		I460			
Proc	example: ventilator>96 hrs		9671			
Proc	example: CPR		9960			
Proc	example: HFNC		9390			

THANK YOU



Contact Number
090-1975237

ID-Line
chalini.piyaprasit



E-mail
chalini.p@nhso.go.th



Provider Center
02-5540505 หรือ 02-1423100-03
e-mail: providercenter@nhso.go.th