



GUIDELINE

กองทุนหลักและย่อย



คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพ
คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563

ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง

รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ



คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563

๒. ด้านการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงิน

๒.๑ ให้ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เกี่ยวข้อง

สำหรับกองทุนส่วนกลาง ให้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโอนเงินส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง และค่าบริการจัดการตามสัดส่วนข้อตกลง ให้แล้วเสร็จ ภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ เข้าบัญชีชื่อบัญชี “เงินประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง” ธนาคารกรุงไทยจำกัด (มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ ประเภทเงินฝากกระแสรายวัน เลขที่บัญชี ๑๔๒-๖-๐๑๘๕๕-๑

ค่าประกันสุขภาพ (บาท) ต่อราย

รายการสัดส่วนการให้บริการ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓						ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพ และ ประกันสุขภาพคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๘	
	คุ้มครอง ๒ ปี		คุ้มครอง ๑ ปี		คุ้มครอง ๖ เดือน	คุ้มครอง ๓ เดือน	คุ้มครอง ๑ ปี	
	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	กรณีผู้ติดตาม อายุไม่เกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	กรณีผู้ติดตาม อายุไม่เกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	แรงงาน/ ผู้ติดตาม อายุเกิน ๗ ปี	คนต่างด้าว ทั่วไป	คนต่างด้าว อายุไม่เกิน ๗ ปี บริบูรณ์
	๓,๒๐๐ บาท	๗๓๐ บาท	๑,๖๐๐ บาท	๓๖๕ บาท	๙๐๐ บาท	๕๐๐ บาท	๒,๒๐๐ บาท	๓๖๕ บาท
	๑.สถานพยาบาล							
- ค่าบริการทางการแพทย์	๑,๘๒๘	๕๑๔	๙๑๔	๒๕๗	๕๑๕	๒๘๖	๑,๕๑๔	๒๕๗
รวม	๑,๘๒๘	๕๑๔	๙๑๔	๒๕๗	๕๑๕	๒๘๖	๑,๕๑๔	๒๕๗
๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรมการแพทย์								
- ค่าส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค	๔๑๒	๑๑๖	๒๐๖	๕๘	๑๑๗	๖๕	๒๐๖	๕๘
- ค่าบริหารจัดการ	๒๔๐	๖๖	๑๒๐	๓๓	๖๖	๓๗	๑๒๐	๓๓
รวม	๖๕๒	๑๘๒	๓๒๖	๙๑	๑๘๓	๑๐๒	๓๒๖	๙๑
๓.กองตรวจสุขภาพฯ สป.สร.								
- ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง	๗๐๐	๒๘	๓๕๐	๑๔	๑๙๓	๑๐๗	๓๕๐	๑๔
- ค่าบริหารจัดการ	๒๐	๖	๑๐	๓	๙	๕	๑๐	๓
รวม	๗๒๐	๓๔	๓๖๐	๑๗	๒๐๒	๑๑๒	๓๖๐	๑๗

๑.๒ ให้สถานพยาบาล ขอเลขอ้างอิงเพื่อนำส่งเงินเข้ากองทุนส่วนกลาง และนำส่งเงินเข้ากองทุนส่วนกลาง ตามที่ได้ขอเลขอ้างอิงทุกครั้งไม่เกิน ๖๐ วัน นับแต่วันที่ขึ้นทะเบียน

๑.กรณีขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาล ให้ดำเนินการตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- (๑) ขอชดเชยภายในเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๑-๓๐)
ให้ได้รับการชดเชยตามอัตราที่กำหนด
- (๒) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๓๑ - ๖๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๕
- (๓) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๖๑ - ๙๐)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๑๐
- (๔) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด (ยื่นภายในระยะเวลาวันที่ ๙๑ - ๓๖๕)
ให้ปรับลดการชดเชยในอัตราร้อยละ ๒๐
- (๕) ขอชดเชยเกินเวลาที่กำหนด เกิน ๓๖๕ วัน
ให้ถือว่าไม่ประสงค์ขอชดเชย ให้ปฏิเสธการจ่าย



๓.๑ กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มีราคาสูง

หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า $RW \geq ๔$ ในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอน ในอัตรา $Adj.RW = ๑๐,๓๐๐$ บาท จะได้รับการชดเชยจากกองทุนกลาง

๓.๒ กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะบางรายการ

๓.๒.๑ รายการที่เป็นการรักษาผู้ป่วยในทั้งราย

กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการทั้งรายแม้ค่า $RW < ๔$ ในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนในอัตรา $Adj.RW = ๑๐,๓๐๐$ บาท ในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงประกอบด้วย

๑) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา

๒) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัด

๓) การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัด

๔) การทำหัตถการของเส้นเลือดหัวใจ ได้แก่

๔.๑) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

๔.๒) การรักษาโรคลิ้นหัวใจ โดยใช้บอลูนผ่านทางผิวหนัง

๔.๓) การรักษาผู้ป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลูนหรือการ

แก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวใจ



๑) การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

๑.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท/Visit

๒) การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมอง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

๒.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/Visit

๒.๒) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/Admission

๓) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๒๐ วัน

๓.๑) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/Visit

๓.๒) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/Admission

๓.๒.๔ รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคให้เรียกเก็บตามจริง กองทุน

ส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด

๓.๒.๕ ARV

๓.๒.๖ การให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน (ในเด็ก ๐-๑๕ ปี)

๓.๒.๗ ยาฝังคุมกำเนิด



สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์และอัตรากาการชดเชย

สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์		อัตรากาการชดเชย
การตรวจพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT)		๒๕ บาท/ ครั้ง/ รายการ
ในกรณีที่เริ่มยาแล้ว		
- ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว	ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ ปี	
- ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ ปี	
- ผู้ติดเชื้อมีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป		ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ ปี
การตรวจ CD๔		๔๐๐ บาท/ ครั้ง
กรณีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส		
- CD๔ > ๕๐๐ cells/ mm๓	ปีละ ๑ ครั้ง	
- CD๔ ๓๕๐ - ๕๐๐ cells/ mm๓	ปีละ ๒ ครั้ง	
กรณีเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
- CD๔ > ๓๕๐ cells/ mm๓ และ VL < ๕๐ copies/ ml	ปีละ ๑ ครั้ง	
- CD๔ < ๓๕๐ cells/ mm๓ หรือ VL > ๕๐ copies/ ml	ปีละ ๒ ครั้ง	
การตรวจ VL		๓,๓๕๐ บาท/ ครั้ง
เฉพาะผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัสแล้ว		
- ตั้งแต่เริ่มยาต้านไวรัส จน VL < ๕๐ copies/ ml	ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ ปี	
- VL < ๕๐ copies/ ml	๑ ครั้ง/ ปี	
- กรณีที่มีข้อสงสัยว่าผู้ติดเชื้อจะมีการเกิดเชื้อดื้อยา		



ตารางรายการและราคายาต้านไวรัส/ยาลดไขมันในเลือด

Nucleoside Reverse Transcriptase (NRTIs)				
No.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	ราคา
๓	Lamivudine ๓๕๐ mg tabs. (๓TC)	LAMIVIR	๖๐'s	๒๒๐.๔๕
๒	Lamivudine ๓๐๐ mg tabs. (๓TC)	LAMIVIR	๓๐'s	๒๑๙.๗๗
๓	Lamivudine ๑๐ mg/ml syr. (๓TC)	LAMIVIR	๖๐ ml	๖๐.๐๐
๔	Zidovudine ๓๐๐ mg caps. (AZT)	ANTIVIR	๑๐๐'s	๒๖๘.๕๕
๕	Zidovudine ๓๐๐ mg caps. (AZT)	ANTIVIR	๑๐๐'s	๘๐๒.๑๑
๖	Zidovudine ๑๐ mg/ml syr. (AZT)	ANTIVIR	๖๐ ml	๕๐.๐๐
๗	Stavudine ๑๕ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๓๕๐.๐๐
๘	Stavudine ๒๐ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๓๘๐.๐๐
๙	Stavudine ๓๐ mg caps. (d๔T)	STAVIR	๖๐'s	๒๑๐.๐๐

ยาลดไขมันในเลือด				
No.	Generic name/ Strength	Trade name	Pack	ราคา
๓๒	Simvastatin ๓๐ mg tabs.	ZOCOR	๓๐x๓๐'s	๕๐.๐๐
๓๓	Gemfibrozil ๖๐๐ mg tabs.	LOPID	๓๐x๓๐'s	๘๒.๑๗
๓๔	Fenofibrate ๓๐๐ mg caps.	TRICOR	๓๐x๓๐'s	๑๐๗.๗๑
๓๕	Atorvastatin ๔๐ mg caps.	LIPITOR	๓๐'s	๖๒๒.๒๑

การเบิกชดเชยค่าบริการ

กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มี ราคาสูง (RW \geq ๔.๐)

ลำดับ	รหัสรายการ	รายละเอียด	จำนวน/ หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ประเภท	
					OPD	IPD
๑.	IPRW \geq 4	ผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก RW \geq ๔ (๑๐,๓๐๐/adj.rw)	Rw	๑๐,๓๐๐.๐๐	ไม่ได้	ได้

กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะบางโรค (RW $<$ ๔.๐)

ลำดับ	รหัสรายการ	รายละเอียด	จำนวน/ หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ประเภท	
					OPD	IPD
๑.	IPCA	การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (๑๐,๓๐๐/rw)	rw	๑๐,๓๐๐.๐๐	ไม่ได้	ได้
๒.	IPHI	การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ด้วยการผ่าตัดสมอง(Head injury with craniotomy) (๑๐,๓๐๐/rw)	rw	๑๐,๓๐๐.๐๐	ไม่ได้	ได้
๓.	IPHRsx	การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด(Open heart Surgery) (๑๐,๓๐๐/rw)	rw	๑๐,๓๐๐.๐๐	ไม่ได้	ได้
๔.	IPCABG	การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ(Coronary Bypass) (๑๐,๓๐๐/rw)	rw	๑๐,๓๐๐.๐๐	ไม่ได้	ได้



3200B

บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
Health Card for Foreigner

HN:
0-000

Nation: พม่า

เลขที่บัตร: OSS61 กุมภาพันธ์ 61: 3,200 บาท ประกัน2ปี(1 ก.พ. 61 – 31 ก.พ. 63)

วันเกิด: 8 พฤษภาคม 2539

ที่พิมพ์: ต.แม่เฒ่าตอง อ.ป่าตอง จ.แม่ฮ่องสอน

สถานที่พิมพ์: ปาย, รพช.

วันที่ออก: 26 กุมภาพันธ์ 2561

วันที่หมดอายุ: 31 มีนาคม 2563

ลายเซ็นผู้อำนวยการ (หรือ)

รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย

ลำดับ	รหัสรายการ	รายละเอียด	จำนวน/ หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ประเภท	
					OPD	IPD
๑.	OPCA	การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วย นอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท/Visit	ตามจริง ไม่เกิน	๔,๐๐๐	ได้	ไม่ได้
๒.	OPDRUGcrypto	การให้ยารักษาการติดเชื้อราใน สมอง (Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV - กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริง แต่ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท/ Visit	ตามจริง ไม่เกิน	๓,๐๐๐	ได้	ไม่ได้
๓.	IPDRUGcrypto	การให้ยารักษาการติดเชื้อราใน สมอง (Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV - กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริง แต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท/admit	ตามจริง ไม่เกิน	๑๕,๐๐๐	ไม่ได้	ได้
๔.	OPHD	การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณี ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (peritoneal and hemodialysis for acute renal failure) ที่มี ระยะเวลาไม่เกิน ๖๐ วัน - กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริง แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท/ Visit(acute renal failure) ที่มี ระยะเวลาไม่เกิน ๖๐ วัน	ตามจริง ไม่เกิน	๒,๐๐๐	ได้	ไม่ได้



รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค

ลำดับ	รหัสรายการ	รายละเอียด	จำนวน/ หน่วยนับ	ราคาต่อ หน่วย(บาท)	ประเภท	
					OPD	IPD
๑.	1003	เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitute)	ตามจริง ไม่เกิน	๙,๐๐๐	ได้	ได้
๒	1101	ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)	ตามจริง ไม่เกิน	๔,๕๐๐	ได้	ได้
๓.	2006	เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	ตามจริง ไม่เกิน	๓,๘๐๐	ได้	ได้
๔.	2007	เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens)	ตามจริง ไม่เกิน	๑,๒๐๐	ได้	ได้
๕.	2401	กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น	ตามจริง ไม่เกิน	๒,๗๐๐	ได้	ได้
๖.	4001	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์	ตามจริง ไม่เกิน	๒๙,๐๐๐	ได้	ได้
๗.	4002	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด - เปิด	ตามจริง ไม่เกิน	๓๔,๐๐๐	ได้	ได้
๘.	4003	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด - เปิด	ตามจริง ไม่เกิน	๓๓,๐๐๐	ได้	ได้

๒๒.	labOther03	คำบริการปรึกษา (Counseling)	ครั้ง	๗	ได้	ไม่ได้
๒๓.	labOther04	HIV Antibody Testing	ครั้ง	๑๔๐	ได้	ไม่ได้
๒๔.	labSGPT01	SGPT/ALT ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๒๕.	labSGPT02	SGPT/ALT ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๒๖.	labSGPT03	SGPT/ALT ผู้ติดเชื้อมีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๒๗.	labTG01	TG ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และไม่มีโรคประจำตัว	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๒๘.	labTG02	TG ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า ๓๕ ปี และมีโรคประจำตัว	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๒๙.	labTG03	TG ผู้ติดเชื้อมีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป	ครั้ง	๒๕	ได้	ไม่ได้
๓๐.	labVL01	VL ตั้งแต่เริ่มยาต้านไวรัส จน VL < ๕๐ copies/ml	ครั้ง	๑,๓๕๐	ได้	ไม่ได้

แนวทางการดำเนินงาน

การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐาน

ด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

การบริหารงบประมาณและ หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

จากการที่คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีมติกำหนดแนวทางหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินออกเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. จัดสรรเป็นกองทุนจังหวัด/สถานพยาบาลตามรายชื่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑.๑ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป/สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

๑.๒ บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OP AE) ในเขตจังหวัด

๑.๓ บริการผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ทั้งในและนอกเขตจังหวัด

๒. จัดสรรเป็นกองทุนกลางที่กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๑ บริการผู้ป่วยใน (IP)

๒.๒ บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OP AE) นอกเขตจังหวัด

๒.๔ กรณีการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดโรค (Instrument: INST)

๒.๕ กรณีตรวจวินิจฉัยยารักษาแพง และการทำหัตถการหัวใจ ของผู้ป่วยนอกที่เป็นบริการ แบบ Ambulatory

care ตามที่คณะกรรมการกำหนด

การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนจังหวัด/สถานพยาบาล

การบริหารจัดการ/การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณี ผู้ป่วยนอกทั่วไป/สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OP AE) ในเขตจังหวัดบริการผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ทั้งในและนอกเขตจังหวัดจากกองทุนจังหวัด/สถานพยาบาล ให้เป็นการบริหารจัดการภายในจังหวัดทั้งนี้ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายการและข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์(E-claim) ตามโครงสร้างชุดข้อมูลที่กำหนด หรือการ Key In ผ่านเว็บไซต์กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ <http://state.cfo.in.th>



การขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนกลาง

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉินนอกเขตจังหวัด ผู้ป่วยในทุกรายการ กรณีอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ กรณีตรวจวินิจฉัยฉายราคาแพงและการทำหัตถการหัวใจ ของผู้ป่วยนอกที่เป็นบริการแบบ Ambulatory care ตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด รวมถึงการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritonealdialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การเบิกค่ายาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (E-claim) ตามโครงสร้างชุดข้อมูลที่กำหนด หรือการ Key In ผ่านเว็บไซต์กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ <http://state.cfo.in.th>

โดยใช้อัตราการจ่าย OP เบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน ๗๐๐ บาท หรือตามอัตราที่แก้ไขเพิ่มเติมสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง และ IP จ่ายด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาท ต่อ Adj RW และไม่เกินวงเงินที่กำหนด

๒. กำหนดให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเป็นรายเดือนภายใน ๓๐ วัน กรณีผู้ป่วยในให้นับตั้งแต่วันจำหน่าย (Discharge) กรณีผู้ป่วยนอกให้นับตั้งแต่วันที่ให้บริการ โดยกลุ่มประกันสุขภาพจะตรวจสอบและจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้ป่วยในเป็นรายไตรมาส กรณีหน่วยบริการส่งข้อมูลล่าช้า ส่วนกลางตรวจสอบและจ่ายชดเชยโดยจะปรับลดอัตราการชดเชยดังนี้

- (๑) ส่งข้อมูลล่าช้า ๓๑-๖๐ วัน ปรับลดอัตราการชดเชย ร้อยละ ๕
- (๒) ส่งข้อมูลล่าช้า ๖๑-๙๐ วัน ปรับลดอัตราการชดเชย ร้อยละ ๑๐
- (๓) ส่งข้อมูลล่าช้า ๙๐ วันขึ้นไป ปรับลดอัตราการชดเชย ร้อยละ ๒๐

