

แนวทางการปฏิบัติในการให้บริการและการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2560

1. อัตราการจ่ายระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัด

ไปรับการรักษาตามเงื่อนไข คือ

-กรณีพื้นที่ทั่วไปมีหนังสือส่งต่อ

-กรณีพื้นที่รอยต่อ สามารถไปใช้บริการโดยไม่ต้องมีหนังสือส่งต่อ

-กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะต้องเป็นกรณีที่ได้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของ รพ. (ER)

อัตราค่ารักษา

1. รพ.สต. 50 บาท/ครั้ง

2. รพช. 150 บาท/ครั้ง

3. รพท. 200 บาท/ครั้ง

4. ทันตกรรม(รักษา) 200 บาท/ครั้ง

5. งานส่งเสริมป้องกัน 30 บาท/ครั้ง

6. จ่ายเพิ่มกรณีตรวจพิเศษ ได้แก่ CT-SCAN, Angiogram, Tumormarker และ IVP ตามรายการและอัตราการเรียกเก็บ ตามตารางที่ 1, 2 ดังนี้

ตารางที่ 1

ลำดับ	รายการ	อัตราค่าบริการ	อัตราเรียกเก็บ รพช.	หมายเหตุ
1	IVP	1,800.00	900.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%
2	Echo-Transthoracic + color + Doppler	2,000.00	500	แก้ไขจาก 1,000 เป็น 500
3	GI Study			
	Barium Enema	1,600.00	800.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%
	UGI with small bowel series	1,600.00	800.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%
	UGI	1,300.00	650.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%
4	Ultrasound ทุกอวัยวะ	400.00	100.00	แก้ไขจาก 200 เป็น 100 รพช.ใช้อัตรา 100 บาทเช่นกัน
5	Bone mineral density มวลกระดูก	1,400.00	1,400.00	ราคาตามที่บริษัทเรียกเก็บ
6	Mamogram	1,020.00	1,020.00	ราคาตามที่บริษัทเรียกเก็บ
7	Tumor maker			
	Alpha Fetoprotein (AFP) - PHA	80.00	80.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	Alpha Fetoprotein (AFP) - ELISA, MEIA, ECLIA	270.00	270.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	Beta-HCG	270.00	270.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	Beta-2 microglobulin, serum/urine	400.00	400.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	HCG titer	300	300.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	CA 125	600.00	600.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	CA 19-9	600.00	600.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	CEA (Carcinoembryonic antigen)	300.00	300.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	PSA	300.00	300.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	Free PSA	400.00	400.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
	Prostatic Acid Phosphatase	400.00	400.00	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
8	ตรวจชิ้นเนื้อ			
		เก็บตามจริง ตามขนาดชิ้นเนื้อ	เก็บตามจริง ตามขนาดชิ้นเนื้อ	จ้างหน่วยงานอื่นตรวจให้
9	Gastocopy	2,000.00	1,000.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%
10	colonoscopy	2,000.00	1,000.00	รพ.ทำเองลดให้ 50%

ตารางที่ 2

ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคาตามกรมบัญชีกลาง	ราคากลางที่โรงพยาบาลมุกดาหาร กำหนด ทุกสิทธิ์ของคนไข้
	CT & CTA			
1	CT 1 Part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	2,000
2	CT 1 Part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	12,325
3	3D CT Scan	ครั้ง	8,000	3,000
4	Additional Surface 3D views	ครั้ง	350	350
5	Additional multiphase	ครั้ง	1,000	850
6	CTA 1 Part	ครั้ง	12,000	4,000
7	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	4,000
8	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	5,100
9	CT Brain NC*	ครั้ง	3,100	1,000
10	CT Brain with CM*	ครั้ง	4,600	1,200
11	CTA Brain	ครั้ง	12,000	4,000
12	CT Sella	ครั้ง	4,000	1,800
13	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	2,000
14	CT Spine 1 Part	ครั้ง	5,350	2,000
15	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	2,000
16	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	1,800
17	CT Facial bone 3D	ครั้ง	6,000	2,000
18	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	2,000
19	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	2,000
20	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	2,000
21	CT IAC	ครั้ง	5,000	2,000
22	CT Patorid gland	ครั้ง	5,700	2,000
23	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	3,400
24	CT Nasopharynx 2 Planes	ครั้ง	5,700	2,000
25	CT PNS screening 1 Plane	ครั้ง	2,500	2,000

ตารางที่ 2 (2)

ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคาตามกรมบัญชีกลาง	ราคากลางที่โรงพยาบาล มุกดาหารกำหนด ทุกสิทธิ์ของ คนไข้
26	CT PNS 2 Planes	ครั้ง	5,000	2,000
27	CT Orbit cavity	ครั้ง	5,700	2,000
28	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	2,000
29	CT Neck	ครั้ง	5,700	2,000
30	CTA Neck	ครั้ง	12,000	4,000
31	CT Neck, Thyroid and Parathyroid	ครั้ง	5,700	2,000
32	CT Larynx	ครั้ง	5,700	2,000
33	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	2,000
34	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	1,800
35	High resolution CT (Lung)	ครั้ง	9,000	3,400
36	CTA Chest	ครั้ง	12,000	4,000
37	CTA for Pulmonary Emboli	ครั้ง	12,000	4,000
38	CT Upper abdomen	ครั้ง	5,000	1,800
39	CT Lower abdomen	ครั้ง	5,000	1,800
40	CT Whole abdomen	ครั้ง	9,500	3,600
41	CTA Liver donor (3 phase)	ครั้ง	9,000	9,000
42	CT Pancrease spiral	ครั้ง	5,000	2,000
43	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000	2,000
44	CTA renal artery	ครั้ง	12,000	4,000
45	CT Adrenal	ครั้ง	5,000	4,250
46	CT Extreimity and joint /part	ครั้ง	5,000	2,000
47	CTA Arm	ครั้ง	12,000	4,000
48	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	2,000
49	CT Dental scan-maxilla	ครั้ง	5,000	2,000
50	CT Dental scan-mandible	ครั้ง	5,000	2,000
51	CTA aorta (1 Part)	ครั้ง	12,000	4,000

ตารางที่ 2 (3)

ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคาตาม กรมบัญชีกลาง	ราคากลางที่โรงพยาบาล มุกดาหารกำหนดทุกสิทธิ ของคนไข้
52	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000	4,000
53	using non ionic contrast	50 ml	750.00	400

เอกสารเรียกเก็บ

-แบบรายการคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

-สำเนาใบส่งต่อ (กรณีพื้นที่ทั่วไป)

ระยะเวลาในการเรียกเก็บ

-ให้มีการเรียกเก็บเป็นรายเดือน ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) กำหนด

2. กรณีพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด

-พื้นที่รอยต่อ หมายถึง หมู่บ้าน, ตำบล ที่จังหวัดกำหนดให้เป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด

-หน่วยบริการพื้นที่รอยต่อ หมายถึง รพ.สต./โรงพยาบาล ที่อยู่ในตำบล/อำเภอ ที่กำหนดเป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด

-การใช้สิทธิ ไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ

อัตราค่ารักษา

1. รพ.สต. 50 บาท/ครั้ง
2. รพช. 200 บาท/ครั้ง
3. รพท. จ่ายตามจริงไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง
4. หันตกรรม(รักษา) 200 บาท/ครั้ง
5. งานส่งเสริมป้องกัน 30 บาท/ครั้ง