



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2568

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2565 ประกาศ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 และที่เพิ่มเติม
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกาศ ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2567
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุข ภายใต้เงื่อนไขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

https://www.nhso.go.th/page/nhso_payment_condition



ดาวน์โหลดเอกสารประกาศการจ่ายฯ ทั้งหมดได้ที่



รายการประกาศบริหารกองทุน และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

รายการประกาศบริหารกองทุน และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

43516

แชร์



ประกาศบริหารกองทุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



ประกาศกองทุน 68 ฉบับที่ 1

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘



รวมประกาศบริหารกองทุน

ปีงบประมาณที่ผ่านมา



ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2565
ประกาศ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ข้อ 4 ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งบุคคลมีสิทธิจะได้รับตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยบริการสามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ประกอบด้วย 13 รายการ ดังต่อไปนี้

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	7. การกินอยู่ในหน่วยบริการ
2. การตรวจวินิจฉัยโรค	8. การบริบาลทางแรกระดับ
3. การตรวจและการรับฝากครรภ์	9. บริการ產พยาบาล หรือบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย
4. การบำบัดและการบริการทางการแพทย์	10. บริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
5. ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์	11. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
6. การทำคลอด	12. บริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกฯ
13. บริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด	

บริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่สามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

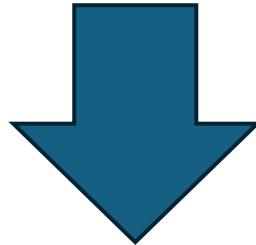
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ.2565
ประกาศ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ข้อ 5 บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

- (1) การกระทำใดๆ เพื่อความสวายงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (2) การตรวจนิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (3) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (4) การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากการรายการที่กำหนด
- (5) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2568

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
ประกาศ ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2567 ([ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป](#))



กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วย
บริการ สถานบริการ หน่วยงาน และองค์กรที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพื่อให้ผู้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ



1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่ได้แก้ไข
2. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้องใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากการถนนครบร่วงเงิน คุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นก่อน
3. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุ อันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ



1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2016 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2015
3. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลาคลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจาก การ Admit ครั้งนั้น
4. หน่วยบริการต้องจัดทำ Drug catalogue และบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นรายการ สำหรับ การเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
5. การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมา_rับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็น ผู้ป่วยใน

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ



6. กรณีผู้ป่วยใน ใช้ DRGs Version 6.3 ในการคำนวณจ่าย
7. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
8. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย : ส่งข้อมูลภายใน 31 ธันวาคม 2568
9. จัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เว้นแต่ กรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
10. มีการตรวจสอบก่อนการจ่าย (Pre audit) : ผ่านระบบ On Screen Review
11. มีการตรวจสอบหลังการจ่าย (Post audit)

บริการผู้ป่วยใน



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข ^{*}
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยใน (IP)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2567

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

- บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว
- บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบคุณย์ประสานการส่งต่อ)
- บริการกรณีเด็กแรกเกิด
- บริการกรณีน้ำตกรรมยานโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)
- บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน

บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2567 และ 2568

บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายใต้เขต

- ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRGs) โดยใช้ค่า น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อ หนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและ ผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ ระบบ DRGs with Global Budget
- จ่ายชดเชยเบื้องต้นใน อัตรา 8,350 บาท/AdjRW
- สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่า ถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)
- หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต

หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง)
อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW

ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิอยู่ทหารกองประจำการสังกัดกรม แพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้าม เขต โดยให้ถือเสมอว่าเป็นการให้บริการ ภายใต้เขตทุกราย

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ <u>ภาครักษ์</u> เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี - หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวนจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal*** 	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง (PUC) และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับ สำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด	
อัตราจ่าย	<p>1. ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน</p> <p>2. จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง (PUC)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด	
อัตราจ่าย	<p>1. เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW</p> <p>2. เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคางวดตามเงื่อนไข อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW</u></p> <p>3. เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2 จ่ายอัตราภายนอกเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW</p> <p>4. กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซในตริกออกไซด์(PPHN) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป
 2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคางวด ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนดในประกาศ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามาธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น - หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำาน่าย เช่น โรงพยาบาลสงข์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น 	 Microsoft Excel Worksheet อัตราจ่ายผ่าตัด ย่านโยธี
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา : จ่ายตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : จ่ายตาม DRGs อัตรา 9,600 บาท/AdjRW ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต 	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	ลิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมา�ัง สปสช.)	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none">- จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด- หน่วยบริการ สป.สร. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ- บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW- บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้ที่กำหนด แบบท้ายประกาศ</p> <p>2. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง</p> <p>3. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) ตามแบบท้ายประกาศ และเฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval</p>	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	<p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW</p> <p>1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายนอกเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมี การปรับลดค่าแรง</p> <p>2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง</p> <p>3. กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ 'ไม่ค้างคืนได้' (กลุ่ม DRGs 07100) คำนวณอัตราจ่ายตาม RW บวกเพิ่มค่าคงที่ K = 0.7905</p>	<p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW</p> <p>1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายนอกเขต 8,350 บาท/RW หน่วย บริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง</p> <p>2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง</p>
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

		บริการปี 2567	บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เสื่อนไข		<p>1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ</p> <p>2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ</p>	
ผู้มีสิทธิ		สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ		หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย		<p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW โดย จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตาม กลุ่ม DRGs ที่กำหนดและจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการ ปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตาม อัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K) 	<p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW ของ TDRGs Version 6.3 และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการ ปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง
โปรแกรม		e-Claim	

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

บริการปี 2567

บริการปี 2568

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดได้ตั้งอักษรเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรรมการแพทย์	
อัตราจ่าย	1. DRGs อัตรา 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง 2. กลุ่มจิตเวชและการบำบัดยาเสพติด จ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตาม สัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสมพหร (RW)	1. จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW 2. อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED	

อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ เพื่อขยายบริการใน 4 กลุ่มโรค ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD exacerbation)
- 2.ผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (active dying patients)
- 3.ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris)
- 4.ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (One day surgery in breast cancer patients with home recovery program; ODS BHR program)

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตาม ดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา	<ol style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มนิวเคลียร์ร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป ชະลօการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ชະลօการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วย บริการ	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานປະກາດกำหนด หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมมทบ 	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือ เสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้ในห้องผู้ป่วย ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้ที่หอผู้ป่วยอีก 24 ชั่วโมง ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่าย จ่ายตาม DRGs ตามประกาศ IP ทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน 	<p>หนังสือเวียนที่ สปสช. 6.70/ว.4841 ลงวันที่ 11 ต.ค. 2567</p>  <p>Adobe Acrobat Document</p>
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ</p> <ol style="list-style-type: none">1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท2) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน
อัตราจ่าย	<p>จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนัก สัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วสูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss – (0.5×OLT)] กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

บริการกรณีเดพา (Central Reimbursement)



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

การดูแลแบบประคับประคอง

บริการปี 2567 และ 2568 (อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **ไม่สามารถเบิกซึ่งกรณีเบิกครบร 6 เดือนแล้ว ยังไม่เสียชีวิต
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มนุพันธ์ฟิ่น (1) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำนวนยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5 (2) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ครบหั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้ (ก) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release (ข) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet sustained release และหรือ Morphine capsule sustained release (ค) ยากลุ่มนุพันธ์ฟิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl patch ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์นอกเวลา ที่สามารถสั่งจ่ายยาตาม (2) ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน
อัตราจ่าย	1. จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท/เดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน 2. จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในอัตรา 3,000 บาท หากมีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงาน จะจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต 3. กรณีการให้ยากลุ่มนุพันธ์ฟิ่น จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
โปรแกรม	e-Claim

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) แก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำเนิน (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรค ที่เกิดจากการดำเนิน (Decompression sickness)	
อัตราจ่าย	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท	
โปรแกรม	e-Claim	

ผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระดูกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการ ผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย	
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระดูกตาชิ้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระดูกตาชิ้นใน (DSAEK) สำหรับ ผู้ป่วยโรคกระดูกตาพิการ ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	
โปรแกรม	e-Claim	

อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ เพื่อ แยกจ่ายค่าบริการจัดหาดวงตาและจัดเตรียมกระดูกตาชิ้นใน ให้หน่วยบริการที่จัดหาดวงตา/จัดเตรียมกระดูกตา

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)	
โปรแกรม	e-Claim	

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง)</p> <p>2. ผู้ป่วยมีระดับความซับซ้อนที่สูง ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น การรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ</p> <p>3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน</p> <p>4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น นำรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ</p> <p>5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพฉ. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ</p>	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	<p>1. รถตามระยะทางทางหลวงเริ่มต้น 50 กม. แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท</p> <p>2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา HEMA จ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	e-Claim	

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลีนไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลีนไฟฟ้าหัวใจส่วน ST	
อัตราจ่าย	1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาHEMAจ่าย 10,000 บาท/ครั้ง 2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาHEMAจ่าย 49,000 บาท/ครั้ง 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial	
โปรแกรม	e-Claim	

การให้สารเมทาโนเดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโนเดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฟัน และอนุพันธ์ของฟันที่สมัครใจ ในผู้ป่วยนอกต้องมีการพิสูจน์ตัวตน	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	
อัตราจ่าย	ครั้งละ 35 บาท/วัน (เบิกได้ไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ)	
โปรแกรม	e-Claim	

การจ่ายชดเชยยา Clopidogrel mg tablet

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2)	
อัตราจ่าย	OP : จ่ายอัตรา 3 บาท/เม็ด IP : จ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs ราคา 3 บาท/เม็ด	
โปรแกรม	e-Claim	

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิอยู่ ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวางแผนการจัดหายา วัสดุ เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนาไวรัสผ่านสายส่วนและบริการรักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนาไวรัสผ่านสายส่วน	<ol style="list-style-type: none"> เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ตามข้อบ่งชี้และแนวทางการให้บริการรักษา (ตามแบบท้ายประกาศ) หน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนาไวรัส (CAG/PCI data form) มีการประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย มีการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย กรณีที่การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form <u>ไม่ผ่านตามข้อบ่งชี้ และข้อห้ามที่กำหนดในประกาศ</u>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนาไวรัสผ่านสายส่วน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ระดับ 1, 2) - กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี 	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ	
โปรแกรม	e-Claim	



บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนาเรี่ยผ่านสายส่วนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

สถานะข้อมูลหลังการส่งเบิกชดเชย

รหัส	ความหมาย	การตรวจสอบ	แนวทางแก้ไข
G47	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) <u>ไม่</u> พบข้อมูล CAG Data Form	กรณี G47 อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ 1. บันทึก data form กด save ร่าง แต่ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช. 2. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process) 3. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date <u>ไม่ตรงกับวันที่เข้ารับบริการ</u> ใน e-claim (date admit) 4. บันทึกเบิกใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form <u>ไม่พบการบันทึก Part II PCI</u>	1. กรณีที่ 1, 2 ให้หน่วยบริการ <u>ส่งข้อมูล data form</u> ให้เรียบร้อย แล้ว <u>ส่งข้อมูลเคลม</u> เข้ามาใหม่ 2. กรณีที่ 3, 4 ให้หน่วยบริการ <u>ส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช.</u> เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ
V993	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form <u>ไม่ผ่าน</u> การตรวจสอบตามเงื่อนไข	การบันทึก CAG Data Form แต่ข้อมูลที่ <u>ไม่ผ่านเงื่อนไข</u> การตรวจสอบ (Verify data) และถูกชั่ลการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง ➡  Adobe Acrobat Document

บริการโรคหดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

บริการปี 2567 และ 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก 2. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแบบท้ายประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)
อัตราจ่าย	1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา แบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">- แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 1 อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง- แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 2 อัตรา 6,000 บาท/ครั้ง- แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง- แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง 2. จ่าย Add on ค่าอุปกรณ์ในการรักษาตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการอนหลับ

ลำดับ	ชื่อหน่วยบริการ
1.	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร
2.	โรงพยาบาลราชวิถี
3.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4.	สถาบันโรคทรวงอก
5.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
6.	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
7.	โรงพยาบาลมหาชนกรุงเทพมหานครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8.	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
9.	โรงพยาบาลศิริราช

บริการ Robotic Surgery

บริการปี 2567 และ 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 25 ธ.ค. 2566)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ <u>มะเร็งต่อมลูกหมาก</u> , <u>มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก</u> , <u>เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน</u>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ <u>ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด</u> ตามเกณฑ์ประเมินแบบท้ายประกาศ (ปัจจุบันมี 7 แห่ง)
อัตราจ่าย	<p>1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป</p> <p>2. จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ใน<u>มะเร็งต่อมลูกหมาก</u> ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ใน<u>มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก</u>ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง <p><u>หมายเหตุ</u> อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เปิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค</p>
โปรแกรม	e-Claim

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

ลำดับ	ชื่อหน่วยบริการ
1.	โรงพยาบาลราชวิถี
2.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
3.	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4.	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5.	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6.	โรงพยาบาลศิริราช
7.	โรงพยาบาลตำรวจ

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อปัจจัย</p> <p>1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม(Total knee prosthesis) ในอายุน้อยกว่า 55 ปีต้อง^{ขออนุญาติ (PA)} ก่อนการผ่าตัด</p> <p>2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) <u>ต้องขออนุญาติ (PA)</u> ก่อนการผ่าตัด<u>ทุกราย</u></p>	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ	
โปรแกรม	e-Claim	

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม - ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม 	เหมือนเดิม <ul style="list-style-type: none"> - อายุระหว่างทบทวนประกาศ เรื่องอายุผู้รับบริการ
ผู้มีสิทธิ	ลูกหลานที่มีคุณสมบัติ ลูกหลานที่มีคุณสมบัติ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาลิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรมปัจจุบันที่ไว้ในที่ดิน จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศค่าอุปกรณ์ และอัวยะเวียในกระบวนการบำบัดรักษาโรค ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง 	
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI 	

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมراكเทียมของกระทรวงสาธารณสุข	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม	
อัตราจ่าย	<p>1. รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัสดุ เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ</p> <p>2. ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย</p> <p>3. ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้</p> <p>3.1 ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท</p> <p>3.2 ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี</p>	
โปรแกรม	<p>1. เปิกค่าใช้จ่าย e-Claim</p> <p>2. จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI</p>	

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจากพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจากพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจาก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/	
อัตราจ่าย	<p>1. กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง</p> <p>2. กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง</p> <p>3. กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง</p> <p>4. จ่ายเพิ่มค่าอุปกรณ์ ดังนี้</p> <p>4.1 ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้</p> <p>(1) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท</p> <p>(2) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท</p> <p>4.2 ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรมการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

การอุทธรณ์ข้อมูลที่ติด C หรือ Deny ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

ข้อมูลที่ติด C825 หรือ Deny 104 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา การยื่นอุทธรณ์ ขอให้แบบเอกสาร ดังนี้

- เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกเกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ได้แก่ ใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่มีบันทึกการใช้อุปกรณ์, บันทึกการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา
- หลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ sticker ของอุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- กรณีอุปกรณ์นั้นไม่มี sticker ต้องระบุรายละเอียดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้งานในใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ให้ครบถ้วน
- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาภายนอกร่างกาย เช่น พื้นเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ต้องมี หลักฐานการสั่งจ่าย และหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ
- แบบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา(ถ้ามี)

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. <u>กรณีรักษาทั่วไป</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม</p> <p>2. <u>กรณีคลอดบุตร</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม</p>	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิประกันสังคม	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	<p>1. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการ FS อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วย Point system with Global budget หากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับ</p> <p>2. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

การบริการกรณีเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (OP)

กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครื่องข่ายกรณีจำเป็น

- 1 OPAE**
บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ
หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด
- 2 OP Refer**
บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ
- 3 OP Anywhere**
การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขใน
หน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณี
ที่มีเหตุสมควร



ประกาศ ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับ <u>หน่วยบริการประจำ</u></p> <p>2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง</p>	คงเดิม
	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษาอย่างหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการ ครั้งแรกหลังจากน้ำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าจะเงินจาก พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ 	คงเดิม

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข กรณี OPAE (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	- จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ - อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของ ราคางานรายการทางบประมาณเกินกว่าเงินที่ได้รับงบประมาณ	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ</p> <p>2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี รพ.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพ./รพศ. ไปยัง รพ.มหาวิทยาลัยในจังหวัด</p>	- คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	<p>1. จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ</p> <p>2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $\leq 1,600$ จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain</p> <p>3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $> 1,600$ จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer)</p>	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

3. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิ รับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	การให้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย	คงเดิม
อัตราจ่าย	<p>จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่างเงินที่ได้รับงบประมาณ ■ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS - การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย ข้ามจังหวัด กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS <p>**กรณีบริการในจังหวัดค่าใช้จ่ายตกกอง OP Hmain ตามจ่ายกันเองใน จังหวัด</p>
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

บริการผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (OPBKK)

01

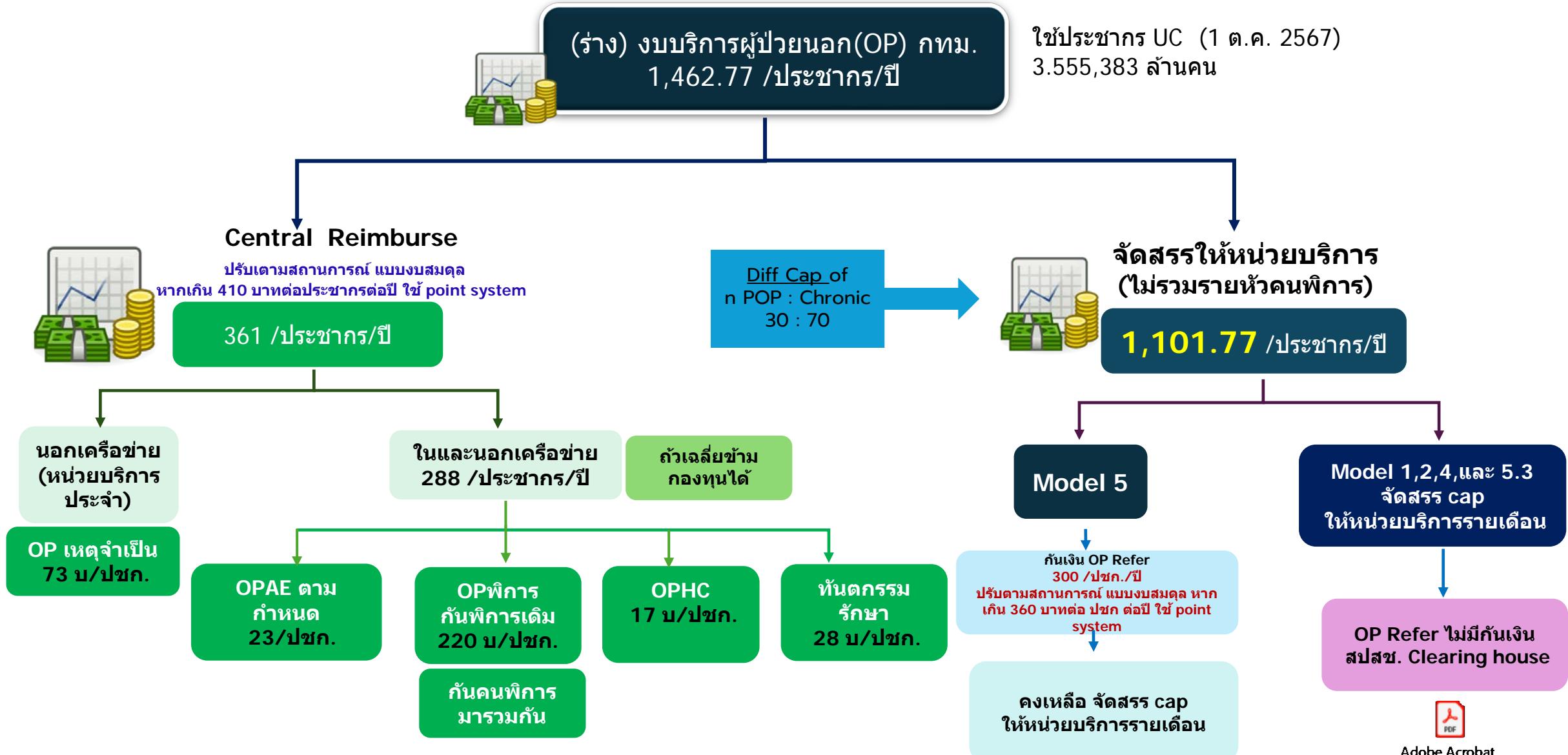
กรอบงบประมาณการจัดสรรงบค่าบริการ OP BKK ปี 2568

02

หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข



กรอบการจัดสรรงบประมาณ ค่าบริการ OP BKK ปีงบประมาณ 2568



หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ความหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
ผู้รับบริการ	ผู้มีสิทธิซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ ของตน เพื่อรับบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการซึ่งให้บริการผู้ป่วย นอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
เครือข่าย	-	เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย หน่วยบริการ ปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อ ทั้งนี้ ตามที่สำนักงานกำหนด
กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	รายการบริการผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามที่สำนักงานกำหนด โดยจ่ายจากงบบริการผู้ป่วยนอกที่กันไว้จ่าย สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม

หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

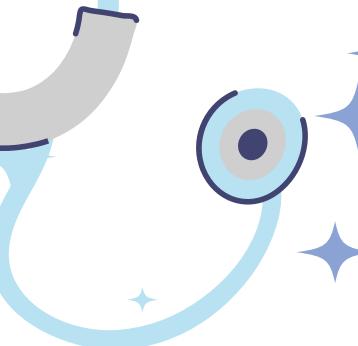
ความหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
บริการทันตกรรมรักษา	ค่าบริการในการรักษาทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามรายการที่ สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าเครื่องมือ และวัสดุสิ่นเปลี่ยนที่ใช้ด้วย	ค่าบริการในการรักษาทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือ รายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามรายการที่สำนักงาน กำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่า เครื่องมือ ยาพื้นฐานสำหรับทำหัตถการ และวัสดุสิ่นเปลี่ยนที่ ใช้ด้วย
คนพิการ	คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของ ทหารผ่านศึกและคนพิการ	คงเดิม
กรณีที่มีเหตุจำเป็น	-	ผู้ป่วยที่มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ หรือทางกายภาพ หรือทาง สังคม



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ยอรมีโนน หรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือยอรมีโนนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ยอรมีโนน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือยอรมีโนนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖



ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้
(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑
(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันตัวตนไม่ถูกต้อง
(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๒ แบบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



ร.ว.

(นายจเด็จ ธรรมชัยอารี)

เลขานิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายที่มีการเปลี่ยนแปลงในประกาศ พ.ศ. 2566 และ 2567

หัวข้อ	ปี 2566-2567	ปี 2568 มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป
หลักเกณฑ์การจ่าย	<p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคนะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือออร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรครวมที่พบร่วมกับโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรครวมที่พบร่วมกับโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา.rักษามะเร็งยาบัญชี จ (2) 	<p>การให้เคมีบำบัด ออร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร</p> <p><u>**เฉพาะการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือออร์โมนหรือรังสีรักษา**</u></p>

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรมะเริงที่เปลี่ยนแปลง

หัวข้อ	ปี 2566-2567	ปี 2568 มีผลกับข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป
แนวทางการรักษา	1. คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 2. คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงทางโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 3. คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในเด็ก พ.ศ. 2561	1. คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 2. คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในเด็ก พ.ศ. 2566
การบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ในโปรแกรม e-Claim	บันทึกเบิกเป็นกรณี Cancer Anywhere Project cod: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม	<ul style="list-style-type: none"> - ยกเลิก Project cod: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม - ตรวจสอบจากรหัส ICD10/ICD9 รายการยาเคมีบำบัด และหรือรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ - ตรวจสอบรหัสรังสีรักษาตามรหัส FS แทนรหัส RTX เดิม
การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย	การ Post audit	การตรวจสอบทั้ง Pre และ Post audit

ปี 2568

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ UC/สิทธิว่าง (PUC) และผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">■ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรมะเริงด้านเคมีบำบัด/ออร์โมน■ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
โปรแกรมเบิกจ่าย	E-claim
เงื่อนไขการจ่าย	<ul style="list-style-type: none">■ กำหนดให้มีการ Authentication มีการยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิกรณีประเภทผู้ป่วยนอก (OP)■ มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)■ มีระบบการตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรมะเริงที่เปลี่ยนแปลง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชยปี 2566-67	การจ่ายชดเชยตั้งแต่ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ รวมค่าผ่อนสมยาเคมีบำบัด ในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วัน	เหมือนเดิม **ปรับรายการบันทึกเป็นรายการ FS ตามประกาศฯ
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผ่อนสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 2,300 บาท จ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ
	มะเร็งทั่วไป (G: General)		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผ่อนสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท และจ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการและอัตรา FS ที่ประกาศ
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรมะเริง	จ่ายตามรายการ fee schedule ตามอัตราที่ประกาศให้ทุกหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่กำหนด		1. กรณีบริการในจังหวัด เป็นไปตามข้อตกลงในจังหวัด 2. กรณีข้ามจังหวัด จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่ประกาศ (ขึ้นกับประเภทบริการ OP Anywhere หรือ OPAE หรือ OP Refer)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชยปี 2566-67	การจ่ายชดเชยตั้งแต่ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามราคาที่ประกาศกรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม **บันทึกรายการยาหรือรังสีตามรายการ FS
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocol)	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม
	มะเร็งทั่วไป (G: General) No Protocol		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม

กลุ่มโรมะเริงที่กำหนดแนวทางการรักษา (เหมือนเดิม)

การรักษากรณีโรมะเริง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1) กรณีโรมะเริงที่กำหนดโดย protocol การรักษา (โรมะเริง 20 ชนิด)

1.1 ให้การรักษาตาม protocol หรือชนิดโรคที่กำหนด

2) กรณีโรมะเริงที่ยังไม่ได้กำหนดโดย protocol (มะเร็งทั่วไป)

โรมะเริงที่กำหนดชนิดโรคในการรักษา > อ้างอิงตาม

- คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรมะเริงในเด็ก 2566

ที่	โรมะเริงที่กำหนดโดย protocol การรักษา
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
11	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma

ที่	โรมะเริงที่กำหนดโดย protocol การรักษา
14	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
15	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีโลยดในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL) 66
18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีโลยดในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
19	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (เหมือนเดิม)

อายุ <15 ปี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มี อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วย แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

อายุ 15-18 ปี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี อายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2566

อายุ >18 ปี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่ม ความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2566

รายการรังสีรักษาตามประกาศ FS

ประกาศ Fee Schedule(FS)

รายการ RTX เติม

รหัส	ชื่อรายการ	หน่วย	อัตราจ่าย	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วย	อัตราจ่าย
49001	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	ครั้ง	900.00	RTX101*	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	ครั้ง	900.00
49002	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	700.00	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	700.00
49003	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	800.00	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	ครั้ง	800.00
49004	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	ครั้ง	4,000.00	RTX105*	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	ครั้ง	4,000.00
49005	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	4,100.00	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ*	ครั้ง	4,100.00
49006	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่อง simulator	ครั้ง	800.00	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	ครั้ง	800.00
49007	Verification (port film)	film	600.00				
49101	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	field	300.00	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	Field	300.00
49201	การฉายแสงด้วยเครื่องเร่งอนภาค	field	500.00	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาค	Field	500.00
49202	การฉายแสงด้วยเครื่องเร่งอนภาค MLC	field	600.00	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาคพิเศษ MLC*	Field	600.00
49203	การฉายแสงด้วยเล้าแสงอเลคตรอน	field	600.00	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาค with Electron and MLC	Field	600.00
49206	การฉายรังสีด้วย orthovoltage หรือ superficial voltage	ครั้ง	300.00				
49207	Total body irradiation	ครั้ง	20,000.00	RTX212*	Total body irradiation	course	20,000.00
49208	Half body irradiation	ครั้ง	4,100.00				
49301	การคำนวณตามแผนการรักษา SRS, SRT	ครั้ง	4,000.00				
49302	การฉายรังสี SRS	course	65,000.00				
49303	การฉายรังสี SRT	course	65,000.00	RTX211	การฉายรังสี SRT	course	65,000.00
49304	การฉายรังสี 3D-CRT	ครั้ง	2,500.00				
49305	การฉาย 3D (IMRT) - Planning	ครั้ง	3,300.00	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	ครั้ง	7,900.00
49306	การฉาย 3D (IMRT) - ฉาย IMRT	วัน	3,300.00	RTX205	การฉายรังสี IMRT*	ครั้ง	3,300.00
49401	การใส่แรซีเซียม	ครั้ง	7,000.00	RTX206	การใส่แรซีเซียม-137	ครั้ง	7,000.00
49402	การใส่แรอร์เดียม (Insertion)	ครั้ง	5,800.00	RTX207	การใส่แรอร์เดียม-192	ครั้ง	5,800.00
49403	การฝังแรอร์เดียม (Implantation)	ครั้ง	6,000.00	RTX208	การฝังแรอร์เดียม-192	ครั้ง	6,000.00
49404	การฝังแรอร์เดียม (Implantation) next loading	ครั้ง	1,000.00				
49501	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	ครั้ง	5,700.00	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	field	5,700.00
49601	การทำ Customized block	ครั้ง	1,600.00	RTX107	การทำ Customized block	ครั้ง	1,600.00
49602	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายแสงรวมอุปกรณ์	course	2,400.00	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	ครั้ง	2,400.00
49603	การทำ Mould brachytherapy	ครั้ง	2,000.00				
49008	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	800.00	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	ครั้ง	800.00
49009	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่อง CT	ครั้ง	4,400.00				

ยกเว้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง



Adobe Acrobat
Document

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2) ตามประกาศกรมนิการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567 ลงวันที่ 13 กันยายน 2567 <https://law.nhso.go.th/files/forms/MzEw/0abd3efa-5c3e-425a-a4c8-50fcd015a5de-133676629314965930.pdf>

ลำดับ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*) กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab หรือยา Ribociclib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเต้านม 1 เต้า (ตามประกาศกรมนิการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567)
2	การตรวจยืนยัน Gene mutation	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92) กรณีสั่งใช้ยา imatinib, Dasatinib, Nilotinib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 8,000 บาท ต่อปีต่อราย
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย(ICD10=C34) กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

บริการกรณีเฉพาะ



1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหงเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate)
2. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation, HSCT)
3. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงเช่นโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease)
4. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
5. การบริหารกองทุนวัณโรค (Tuberculosis :TB)
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง



1. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia & Von Willebrand

หมวด 2 ข้อ 16.1.2. ระบุผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย วนวิลลิแบรนด์ เพิ่ม ชนิดรุนแรงมาก

(Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)

(ตามประกาศกรมที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2567)

2. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

เพิ่ม การให้เลือดทุกชนิด กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย สำหรับบริการตั้งแต่

1 ต.ค. 66 (ตามประกาศกรมบริการเฉพาะโรคฯ (ฉบับที่ 2) 2567)



การบริการโรคเม็ดเลือด



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงเช่นโรคลิฟเวอร์ และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิเบนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วยที่มีโรคลิฟเวอร์ และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิเบนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโปรแกรม DMIS	โรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิเบนด์ เพิ่ม ชนิดรุนแรงมาก (Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเม็ดเลือด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) <ul style="list-style-type: none"> - ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - ค่าแฟคเตอร์ 500 IU หรือ 600 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency <ul style="list-style-type: none"> - OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit - IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit 	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายชดเชยภายใต้เดือนถัดไป	คงเดิม



Adobe Acrobat Document

กรณีการบริการโรคเนพา



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
การดูแลผู้ป่วย โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพิเศษ (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT) ได้แก่ โรค Alpha thalassemia (รหัส ICD10 D56.0), Beta thalassemia/Hb E (รหัส ICD10 D 56.1 ร่วมกับ D 58.2) Homozygous Beta thalassemia (รหัส ICD10 D56.1)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้เงื่อนไขที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกรครั้ง - การตรวจ Serum ferritin - ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) - ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporone (L1, DFP) 	<u>เพิ่ม</u> การให้เลือดทุกชนิด
	โปรแกรม	โปรแกรม NPRP ประมวลผลจ่ายชดเชยผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม



Adobe Acrobat
Document



การดูแลรักษาพื้นที่ทางการแก้ไขการพูด หันตกรรมจัดฟัน การผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

พ.ศ. ๒๕๖๖



Adobe Acrobat
Document

บริการตามประกาศนี้

การให้บริการใส่อุปกรณ์เพดานเทียม และอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน ตามประกาศฯ

รายละเอียดบริการอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยปากแห่วง เพดานโหว่ อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

อสม./ผู้นำหมู่บ้าน/หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/ภาคадจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
(เด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งฯ)

ลงทะเบียนใน
โปรแกรม DMIS

แจ้งหน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

หน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ
(ยสส.1)ระบบ ONLINE (www.nhso.go.th)

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ติดต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯในพื้นที่ใกล้เคียง

ผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่/การแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน
หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายจากสปสช.

ขั้นตอนการแสดงความจำนำงค์การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ



จัดทำฐานลงทะเบียนหน่วยบริการ Cleft
และออก username password

(สำหรับหน่วยบริการ)	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.	เลขที่...../...../.....
เรื่อง ขอแสดงความประ拯救ให้บริการคุณ รักษาพื้นที่ทางการแก้ไขการพูด หันหัวรวมจักฟัน และผ่าตัดสำหรับ ผู้ป่วยภาวะปากแหว่ง เพดานในเรือ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....	
ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการหันหัวรวมจักฟันและฝีกหูก สำหรับ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานในเรือ พ.ศ. ๒๕๖๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น	
ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประ拯救และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตาม แผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้	
<input type="checkbox"/> หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานในเรือ	
<input type="checkbox"/> หน่วยบริการพื้นที่ฝึกและต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการลับฟัน	
<input type="checkbox"/> หน่วยบริการคุณรักษาพื้นที่ทางการแก้ไขการพูด	
ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... تكلงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการ ประสาลัมทันต์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่ง ผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลับหนี้ได้	
ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.	



ปากแหว่ง เพดานโหว

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว (Cleft Lip and Cleft Palate)	กลุ่มเป้าหมาย : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และผู้ป่วยลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS หน่วยบริการ: 1.หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ให้บริการผ่าตัด 2.หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่แจ้งความประสงค์ให้บริการฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน	คงเดิม
ข้อ 2.1.-2.5.เป็นไปตามประกาศแนบท้าย เอกสารหมายเลขอ 1 หน้า 7	เงื่อนไขการจ่าย: 1. การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว จ่ายตามระบบ DRG 2.การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน ดังนี้ 2.1.เพดานเทียม (Palatal Obturator) รหัส 2704 อัตราจ่าย 800 บาท - ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม 2.2. เพดานเทียม (Obturator + Screw) รหัส 2704A อัตราจ่าย 1,500 บาท -สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก -เพื่อช่วยในการดูดนม 2.3. เพดานเทียม [Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM)] รหัส 2704B อัตราจ่าย 1,800 บาท -สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและจัดสันเหงือก -ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ maintain จมูก	คงเดิม
Adobe Acrobat Document		

ปากแหว่ง เพดานโหว่ (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate) (ต่อ)	<p>2.4. เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)] รหัส 2704C อัตราจ่าย 2,500 บาท</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก <p>2.5. เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)] รหัส 2704D อัตราจ่าย 700 บาท</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก <p>โปรแกรม : บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม E-claim</p> <p>2.6. Maxillary distractor 200,000 บาท/ชุด (ราคากลาง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตามผลงานการให้บริการในรูปแบบเอกสาร โดยมีการขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการหน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย <p>3. ทันตกรรมจัดฟัน</p> <p>3.1. รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสับฟันผิดปกติ (DEN030) อัตราจ่าย 48,000 บาท</p> <p>3.2. ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น (DEN034) อัตราจ่าย 48,000 บาท</p> <p>โปรแกรม : บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม DMIS ยสส.4</p>	คงเดิม
ข้อ 2.6. และข้อ 3 เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2565		
WinRAR ZIP archive		

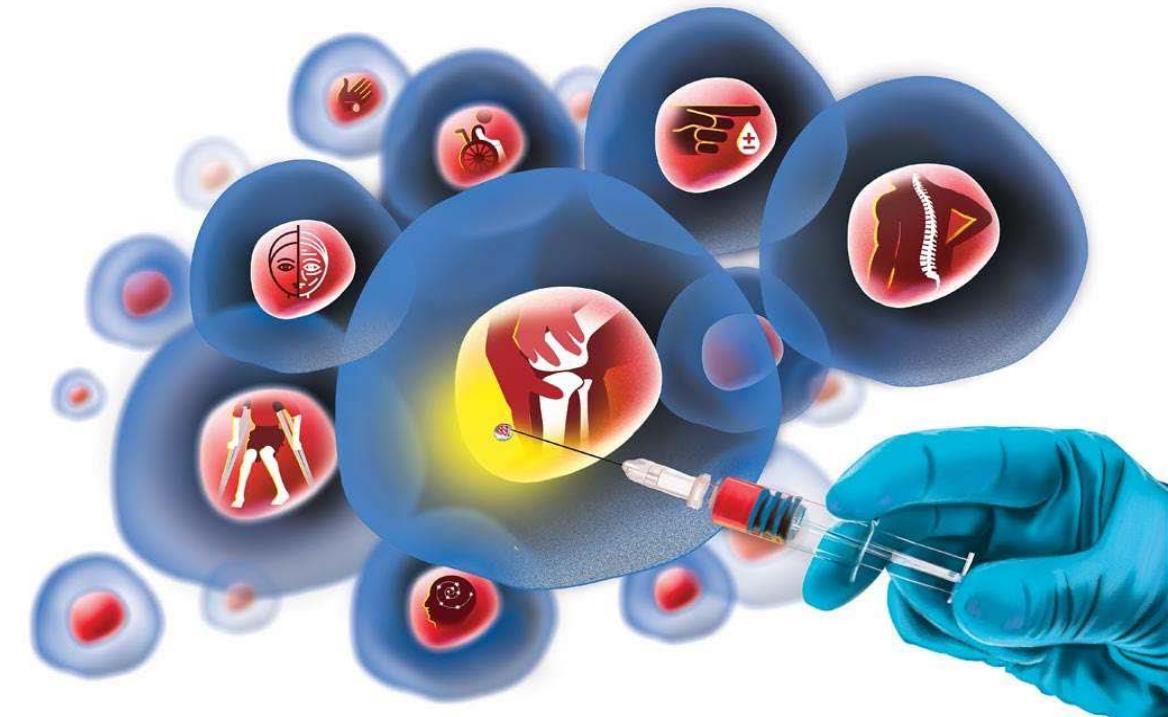
ปากแหว่ง เพดานโหว่ (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate) (ต่อ)</p> <p>ข้อ 2.6. และข้อ 3 เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2565</p> <p></p> <p>WinRAR ZIP archive</p>	<p>4. บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน</p> <p>4.1.Speed Language and hearing problem Intervention อัตราจ่าย 3,850 บาท/ราย/ปี</p> <p>4.1.1.ตรวจการได้ยิน</p> <p>4.1.2.การประเมินภาษา การพูด</p> <p>4.1.3.การแก้ไขภาษา การพูดการได้ยิน</p> <p>4.1.4.การประเมินการสั่นพ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง*การประเมิน instrumental VPI (ได้รับการจ่ายชดเชยจากการสนับสนุนพื้นฐานระดับเขตให้บริการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโลสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย)</p> <p>4.1.5.การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่องการได้ยิน</p> <p>โปรแกรม : จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม DMIS ยสส.5</p> <p>5. สภาพกาชาดไทย จ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ แก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้</p> <p>5.1.สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขปากแหว่งเพดานโหวครั้งละ 1,000 บาท (ใช้เอกสารแนบ ยสส.1 และ ยสส.2)</p> <p>5.2.สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรมจัดฟันหรือแก้ไขการพูดครั้งละ 500 บาท (จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน ใช้เอกสารแนบ ยสส.4 และ ยสส. 5)</p>	คงเดิม



การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตามประกาศนี้
การปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต
รายละเอียดบริการ HSCT อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 3.4 แนบท้ายประกาศ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศ HSCT

การปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
2. การปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ HSCT ผ่านโปรแกรม E-claim	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - R0204 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต - R020401 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Autologous - R020402 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต:ผู้ใหญ่:Autologous - R020403 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Allogeneic 	คงเดิม
ประกาศหน้าที่ 2 ,3, 4 และเอกสารแนบท้ายหมายเลข 3.4	อัตราจ่าย	<p>จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่าย</p> <p>(ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant)</p> <ul style="list-style-type: none"> - งวดที่ 1 จ่ายหลังส่งข้อมูล conditioning (D0) - งวดที่ 2 จ่ายหลังจากส่งข้อมูล follow up 30 วัน (กรณียังมีชีวิต) <p>การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย</p> <p>ผ่านโปรแกรม E-claim หากวันเสี่ยงจึงจะ</p>	คงเดิม
 ประกาศ ยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ			

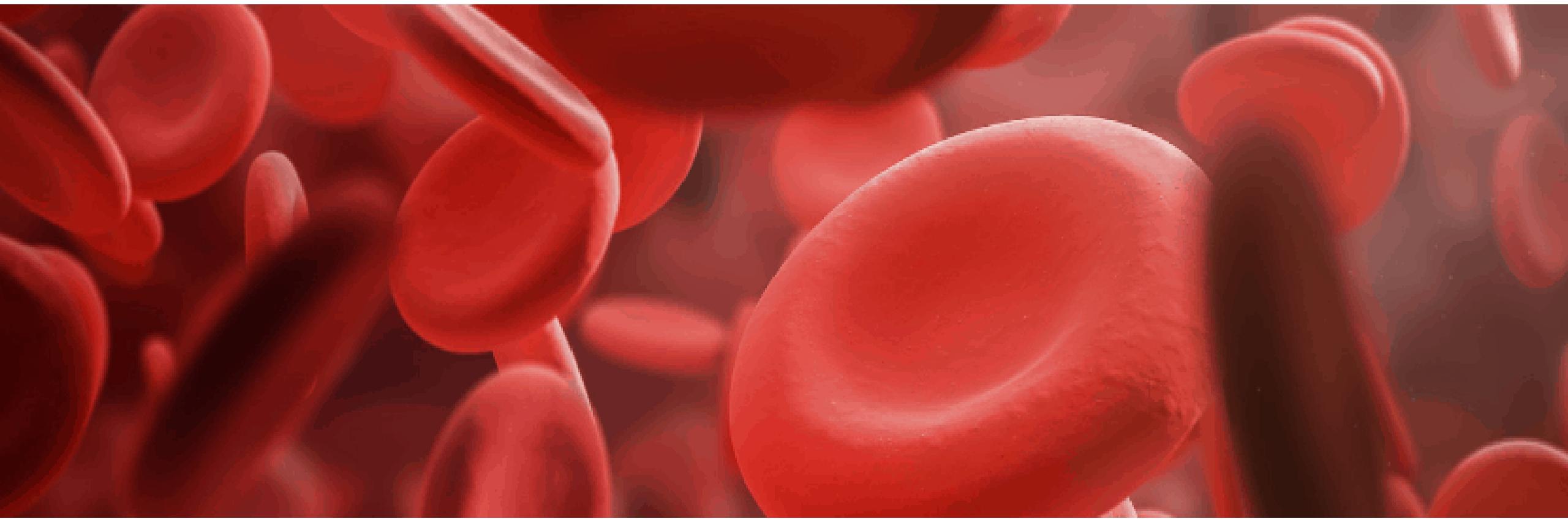
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567				ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
2. การปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT) (ต่อ)	อัตราจ่าย (ต่อ)	ชนิดการรักษา	อัตราจ่าย	จำนวน 1	จำนวน 2	คงเดิม
		Autologous (MM)	500,000	400,000	100,000	
ประการหน้าที่ 3 และเอกสารแนบท้ายหมายเลข 3.4 	ตรวจห้องปฏิบัติการทั่วไป	Autologous (โรคอื่น)	750,000	600,000	150,000	คงเดิม
		Allogenic MRD	1,500,000	1,200,000	300,000	
ประการหน้าที่ 3 และเอกสารแนบท้ายหมายเลข 3.4 	ตรวจห้องปฏิบัติการเบิกจ่าย กับโรค	Allogenic MUD	1,500,000	1,200,000	300,000	คงเดิม
		รายการสำหรับผู้ใหญ่	รายการสำหรับเด็ก			
Acute Lymphoblastic Leukemia(ALL) Acute myelogenous leukemia(AML) Multiple myeloma(MM) Hodgkin's lymphoma(HL) Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL) aplastic anemia(AA) myeloproliferative neoplasm(MPN) Chronic myeloid leukemia (CML) Myelodysplastic syndrome (MDS) Relapse HL refractory B-cell aggressive lymphoma T-cell lymphoma Mantle cell lymphoma Relapse NHL refractory Severe aplastic anemia paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH) Myelofibrosis (MF) chronic phase accelerated phase blast crisis Myelodysplastic syndrome (MDS) ระดับที่สูงมาก Chronic myelomonocytic leukemia (CMML)				Acute myelogenous leukemia(AML) Acute Lymphoblastic Leukemia(ALL) Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL) Hodgkin's lymphoma(HL) Chronic myeloid leukemia (CML) Myelodysplastic syndrome(MDS) Aplastic anemia(AA) Non malignant diseases Thalassemia First complete remission Second complete remission Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma Stage 3 หรือ 4 DLBCL Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK-) Advanced stage PTCL (NOS) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis Relapse NHL bulky disease stage 4 Relapse HL Severe aplastic anemia Lysosomal storage diseases X-linked adrenoleukodystrophy Osteopetrosis Severe combined immunodeficiency (SCID) Hyper IgM syndrome Wiskott-Aldrich syndrome Chronic granulomatous disease Gaucher disease Mucopolysaccharidosis Niemann-Pick disease Krabbe's leukodystrophy Thalassemia Inborn error of metabolism (other) Primary Immune Deficiency (other)		
ประกาศ ประการ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ						



การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia & Von Willebrand



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
พ.ศ. ๒๕๖๗

บริการตามประกาศนี้

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

(รายละเอียดบริการผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) อยู่ในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2567)



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia & Von Willebrand

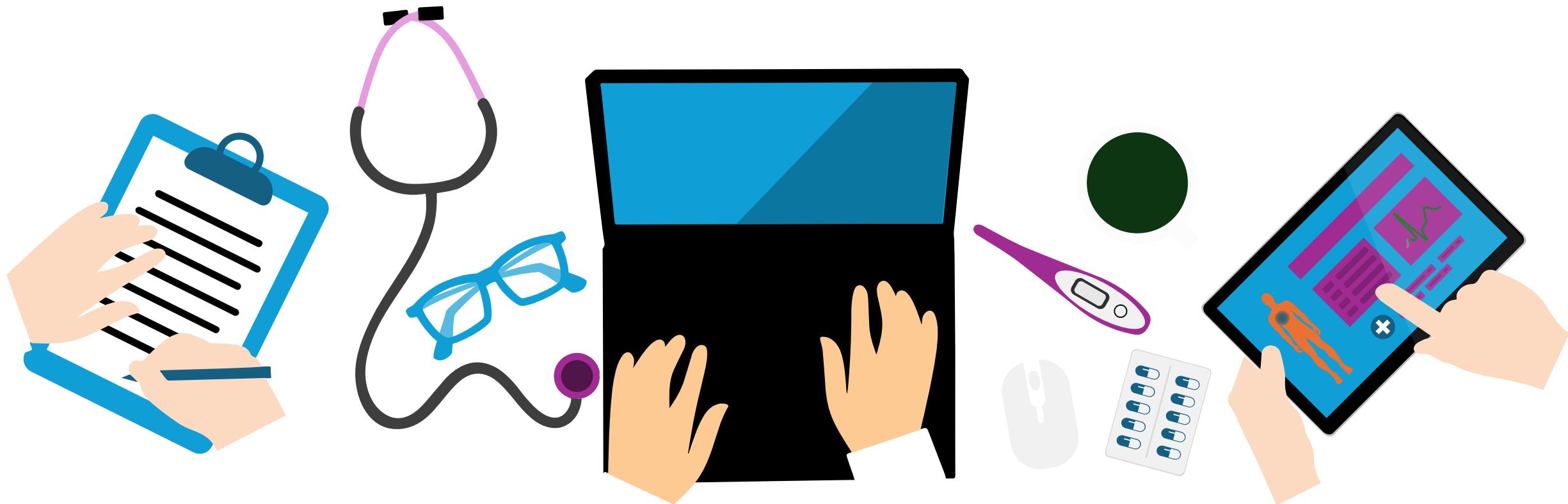


บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
3. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง hemophili และโรคเลือดออกง่ายวันวิลลิเบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วย hemophili และโรคเลือดออกง่ายวันวิลลิเบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม DMIS	โรคเลือดออกง่ายวันวิลลิเบรนด์ เพิ่ม ชนิดรุนแรงมาก (Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค hemophili ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) <ul style="list-style-type: none"> - ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - ค่าแฟคเตอร์ 500 IU หรือ 600 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency <ul style="list-style-type: none"> - OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit - IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit 	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายชดเชยภายใต้เดือนถัดไป	คงเดิม



Adobe Acrobat Document

การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรคการดูแลผู้ป่วย โรคโลหิตจางราลัสซีเมีย



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๗



Adobe Acrobat 67_ประกาศการจ่าย การ
บริหารเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒)
Document

บริการตามประกาศนี้

- การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคราลัสซีเมีย
- การบริหารกองทุนวัณโรค
- การบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคราลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้าย และรายการบริการให้เลือดแนบประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ,การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแรกเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
4. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึงพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT) ได้แก่ โรค Alpha thalassemia (รหัส ICD10 D56.0), Beta thalassemia/Hb E (รหัส ICD10 D 56.1 ร่วมกับ D 58.2) Homozygous Beta thalassemia (รหัส ICD10 D56.1)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้เงื่อนไขที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง - การตรวจ Serum ferritin - ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) - ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporone (L1, DFP) 	เพิ่ม การให้เลือดทุกชนิด
Adobe Acrobat Document	โปรแกรม	โปรแกรม NPRP ประมวลผลจ่ายชดเชยผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ทุกลืนเดือน	คงเดิม



การบริหารกองทุนวัณโรค



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีกรณี บริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566



เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะ semen หรือ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคต้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจทางเชื้อต้อยา First-line drugs	
(๑) TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อต้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อต้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อต้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อต้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ:

- อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการต่อครั้ง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล
- กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคต้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคต้อยาด้วยวิธี Molecular assay
- การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคต้อยา (First line drug) ด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยวันโรค ปีงบประมาณ 2567

1. บริการคันหาผู้ป่วยวันโรค (PP FS)

2. บริการดูแลรักษาด้วยยา.rักษาวันโรค และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย	ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
<p>บริการคันหาผู้ป่วยวันโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวันโรคปอด</p> <p>2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุกครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุกครองคนไร้ที่พึ่ง</p> <p>3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยาตัดภูมิคุ้มกัน</p> <p>5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน</p> <p>6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง</p> <p>7. บุคลากรสาธารณสุข</p>	<p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless)</p> <p>*ประชาชนไทยทุกสิทธิ</p>	<p>1) บริการยา.rักษาวันโรค</p> <p>1.1) ยา.rักษาวันโรคสูตรพื้นฐาน</p> <p>1.2) ยา.rักษาวันโรคสูตรดื้อยา</p> <p>- ยา.rักษาวันโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)</p> <p>- ยา.rักษาวันโรคดื้อยาหลายชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)</p> <p>2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝง</p> <p>2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวันโรคระยะแฝง</p> <p>2.2) บริการยา.rักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝง</p> <p>3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันโรค</p> <p>3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวันโรค</p> <p>3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา</p> <p>3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวันโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug)</p> <p>3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวันโรคดื้อยา</p> <p>4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคที่มารับการรักษาและติดตาม</p>	<p>ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายา.rักษาวันโรค</p> <p>- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p> <p>- ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายา.rักษาการติดเชื้อระยะแฝง</p> <p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p> <p>จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ</p>

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
5. กรณีการดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก	<p>1. บริการยารักษาวันโรค</p> <p>ประกาศหน้าที่ 37 และเอกสารแนบท้ายหมายเลข 2</p> <p> ประกาศล่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<p>1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</p> <p>2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค</p> <p>3. อัตราจ่าย</p> <p>3.1 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง</p> <p>4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค</p> <p>5. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย</p> <p>5.1 เป็นผู้ป่วยวันโรคทั้งวันโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub)</p> <p>5.2 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง</p> <p>6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย</p> <p>6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub</p> <p>6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน</p> <p>6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า</p>	คงเดิม
	<p>2. บริการตรวจการติดเชื้อวันโรคระยะแฝง (TST)</p>	<p>1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</p> <p>2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค</p> <p>3. อัตราจ่าย</p> <p>3.1 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี)</p>	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วย วันโรครวมทั้งการรักษาการ ติดเชื้อวันโรคระยะแฝงใน เด็ก (ต่อ)	<p>2. บริการตรวจการติดเชื้อ วันโรคระยะแฝง (TST) (ต่อ)</p> <p style="color: blue;">ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1</p> <div style="text-align: center;"> ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข </div> <p>3. บริการตรวจคันหนาและคัด กรองวันโรคแบบเข้มข้นใน กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวันโรค (บริการ PP FS)</p> <p style="color: blue;">ประกาศหน้าที่ 14 รายการ และอัตราการจ่าย เอกสาร หมายเลข 1 ข้อที่ 14</p> <div style="text-align: center;"> ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข </div>	<p>4. ตรวจหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค</p> <p>5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข</p> <p>5.1 อายุ ≤ 18 ปี 5.2 ยังไม่เป็นวันโรค</p> <p>6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย</p> <p>6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub</p> <p>6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน</p> <p>6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า</p> <p>■ บริการตรวจคัดกรองวันโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR)</p> <p>1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)</p> <p>2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค</p> <p>3. อัตราจ่าย</p> <p>3.1 100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี</p> <p>4. ตรวจหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค</p> <p>5.1 7 กลุ่มเสี่ยง - ผู้สัมผัสผู้ป่วยวันโรค - ผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง - ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง - ผู้ต้องขัง/สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง - ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีที่สูบบุหรี่ หรือโรคปอดหรือโรคเบาหวาน - บุคลากรสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 	คงเดิม
			คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วย วันโรครวมทั้งการรักษาการ ติดเชื้อวันโรคระยะแฝงใน เด็ก (ต่อ)	<p>3. บริการตรวจคันหนาและคัด กรองวันโรคแบบเข้มข้นใน กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวันโรค (บริการ PP FS) (ต่อ)</p> <p>ประกาศหน้าที่ 14 รายการ และอัตราการจ่าย เอกสาร หมายเลข 1 ข้อที่ 14</p> <p> ประกาศการจ่ายค่าใช้ จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการตรวจคัดกรองวันโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ul style="list-style-type: none"> 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า • บริการตรวจคัดกรองวันโรค ในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวันโรค ด้วยวิธีอยู่ชีวิทยา (Molecular testine) <ul style="list-style-type: none"> 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค 3. อัตราจ่าย <ul style="list-style-type: none"> 3.1 TB-LAMP 200 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) 3.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 500 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) 3.3 Real-time PCR MTB/MDR 600 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) 3.4 Line Probe Assay (LPA) 600 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) 4. ตรวจหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ul style="list-style-type: none"> 5.1 7 กลุ่มเสี่ยง 5.2 ผล CXR ผิดปกติ 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ul style="list-style-type: none"> - ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub - ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 	<p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



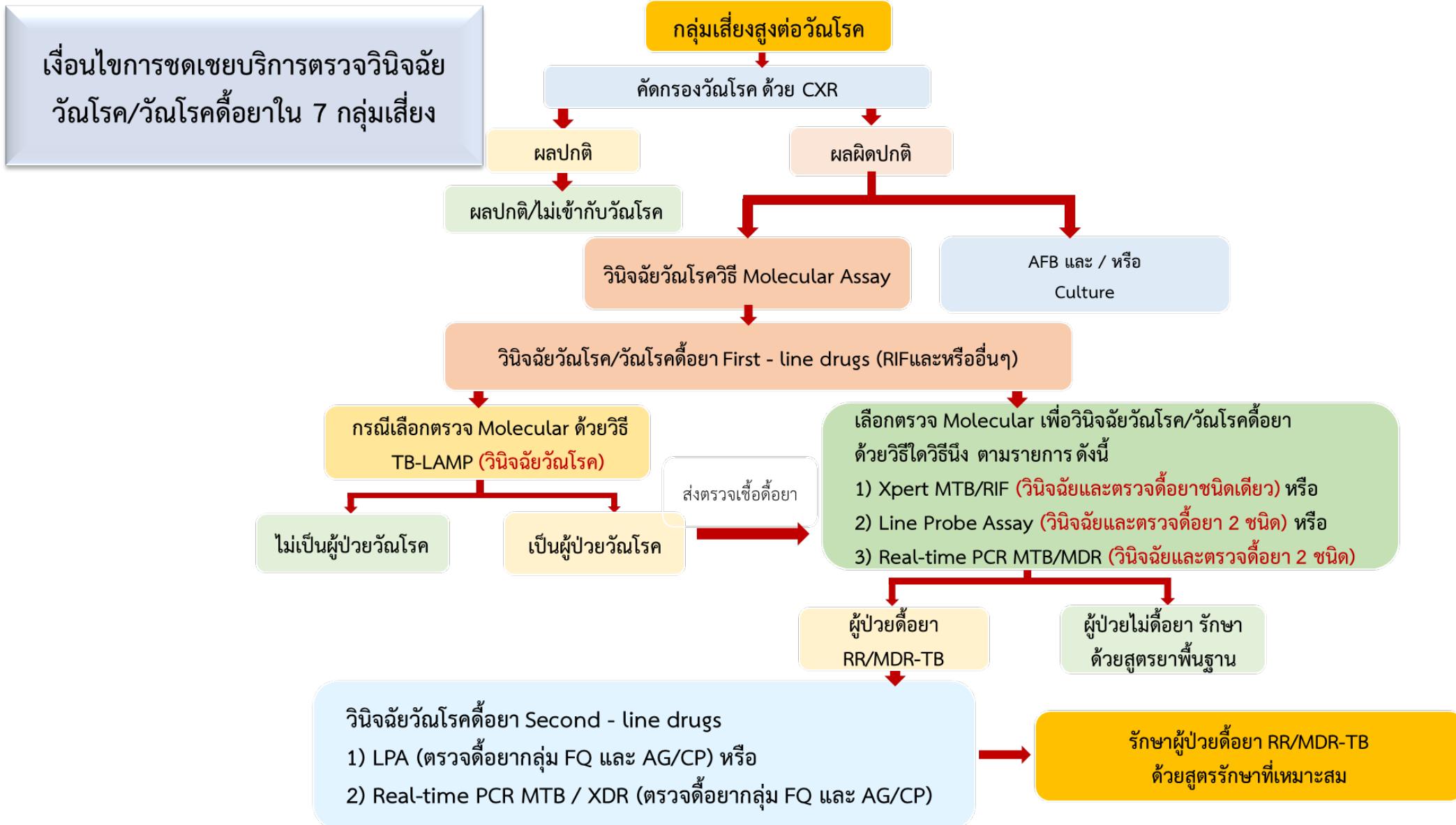
บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	<p>3. บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวันโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวันโรค (บริการ PP FS) (ต่อ)</p> <p>ประกาศหน้าที่ 15 รายการ และอัตราการจ่าย เอกสารหมายเลข 1 ข้อที่ 14</p> <p> ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวันโรค ให้ตรวจหาเชื้อด้วยยา Rfampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rfampicicin (2 ชนิด) เพื่อวันโรคต้องยา First- line drugs หากตรวจพบผลด้วยยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวันโรคด้วย Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวันโรคด้วย RR/MDR-TB <u>โดยเลือกวิธีไดวิธีหนึ่ง</u> จากรายการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) หน่วยดูแลรักษาวันโรค อัตราจ่าย <ol style="list-style-type: none"> Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) 700 บาท / ครั้ง หรือ Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 700 บาท / ครั้ง ตรวจสอบการเบิกจ่ายกับรหัสโรค หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ol style="list-style-type: none"> เป็นผู้ป่วยวันโรคด้วย การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ol style="list-style-type: none"> ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 	<p>คงเดิม</p> <p>คงเดิม</p>

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแรกในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแรกในเด็ก (ต่อ)	<p>3. บริการตรวจคันหนาและคัดกรองวันโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวันโรค (บริการ PP FS) (ต่อ)</p> <p>ประกาศหน้าที่ 15 รายการ และอัตราการจ่าย เอกสาร หมายเลขอ 1 ข้อที่ 14</p> <p> ประกาศการจ่ายค่าจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวันโรคด้วยวิธีอัญชีวิทยา (Molecular testing) ให้ตรวจด้วย AFB และหรือ ตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวันโรค (Culture) <ol style="list-style-type: none"> ลิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) หน่วยดูแลรักษาวันโรค อัตราจ่าย <ol style="list-style-type: none"> AFB 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/คน/ปี) Culture-Solid 200 บาท/ครั้ง/คน/ปี Culture-Liquid 300 บาท/ครั้ง/คน/ปี ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ol style="list-style-type: none"> จ่ายอย่างโดยอย่างหนึ่ง ผล CXR ผิดปกติ ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ol style="list-style-type: none"> ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub ประมวลผลจ่ายทุกดีือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 	คงเดิม

บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง



เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัย

วันโรค/วันโรคดีอี้ยาในกลุ่มเสี่ยง

(ตามแนวทางการควบคุมวันโรคประเทศไทย พ.ศ.2564)

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวันโรค

คัดกรองด้วย CXR (100 บาท)

ผลปกติ

ผลผิดปกติ

เงื่อนไข

1 คน/1 ครั้ง /ปีงบประมาณ

เงื่อนไข

ตรวจ Molecular assay
ได้ เมื่อมีผล CXR ผิดปกติ
เท่านั้น (1 คน/1 ครั้ง /
ปีงบประมาณ)

ผลปกติ/ไม่เข้ากับวันโรค

วินิจฉัยวันโรควิธี Molecular Assay

AFB (20 บาท) และ/ หรือ
Culture (200/300 บาท)

กรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี
Molecular Assay ได้
เท่านั้น

วินิจฉัยวันโรค/วันโรคดีอี้ยา First line drug (RIFและหรืออื่นๆ)

กรณีเลือกตรวจด้วย TB-LAMP ให้เลือกวิธีใดวิธีนึง ดังนี้

- 1) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Xpert MTB/RIF (500 บาท)
- 2) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Line Probe Assay (600 บาท)
- 3) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Real-time PCR MDR (600 บาท)

เลือกตรวจ Molecular วิธีใดวิธีนึง ดังนี้

- 1) Xpert MTB/RIF (500 บาท) หรือ
- 2) Line Probe Assay (600 บาท) หรือ
- 3) Real-time PCR MTB/MDR (600 บาท)

ผู้ป่วยไม่ดีอี้ยา รักษา^{ด้วยสูตรยาพื้นฐาน}

ผู้ป่วยดีอี้ยา
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยดีอี้ยา
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยไม่ดีอี้ยา รักษา^{ด้วยสูตรยาพื้นฐาน}

เงื่อนไข

กรณีเป็นผู้ป่วยดีอี้ยา (RR/MDR)
สามารถตรวจเชือวันโรคดีอี้ยา 2nd line
ด้วยวิธีใดก็ได้ ในข้อ 1 หรือ 2
(1 คน/ครั้ง/course การรักษา)

วินิจฉัยวันโรคดีอี้ยา Second line drug

- 1) LPA (ตรวจดีอี้ยากลุ่ม FQ และ AG/CT) หรือ
- 2) Real-time PCR MTB / XDR
(700 บาท)

รักษาผู้ป่วยดีอี้ยา RR/MDR-TB
ด้วยสูตรรักษาที่เหมาะสม



การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	<p>4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา</p> <p>ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ AFB (เฉพาะ semen หรือ) 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค 3. อัตราจ่าย <ul style="list-style-type: none"> 3.1 20 บาท/ตัวอย่าง (3 ตัวอย่าง/ชุด) 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ul style="list-style-type: none"> 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวันโรครักษาช้า ไม่เกิน 3 ชุด/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวันโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวันโรคดื้อยาหลายนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 25 ชุด/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ul style="list-style-type: none"> 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า <ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ CXR 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค 3. อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง 	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลคุณผู้ป่วย วันโรครวมทั้งการรักษาการ ติดเชื้อวันโรคระยะแฝงใน เด็ก (ต่อ)	<p>4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พื้นฐานการติดตามการรักษา (ต่อ)</p> <p style="text-align: center;">ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลขอ 2.1  ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจ CXR 4. ตรวจหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ul style="list-style-type: none"> 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวันโรครักษาช้า ไม่เกิน 2 ครั้ง/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวันโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวันโรคดื้อยาหลายนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 6 ครั้ง/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ul style="list-style-type: none"> 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 	คงเดิม
	<p>5.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการ รักษาวันโรคดื้อยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค 3. อัตราจ่าย <ul style="list-style-type: none"> 3.1 การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid Media 200 บาท/ตัวอย่าง - เทคนิค Liquid Media 300 บาท/ตัวอย่าง 3.2 การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs <ul style="list-style-type: none"> - TB-LAMP 200 บาท/ครั้ง 	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)



บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวันโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวันโรคเด็กอยา (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - Real-time PCR (X-pert MTB/RIF) 500 บาท/ครั้ง - Real-time PCR (Anyplex) 600 บาท/ครั้ง - Line Probe Assay (LPA) 600 บาท/ครั้ง 3.3 การตรวจหาเชื้อด้วยยา Second-line drugs - Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 700 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข <ul style="list-style-type: none"> 5.1 เป็นผู้ป่วยวันโรคเด็กอยา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย <ul style="list-style-type: none"> 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 	คงเดิม
ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 	6. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> • บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวันโรค 3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข - ชดเชยตามการให้บริการจริง 	คงเดิม

ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณูปโภค



การเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีบริการผู้ป่วย โรคหายาก (RARE DISEASE)



กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)	<p>หลักเกณฑ์ เงื่อนไข: ผู้ป่วยที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายากประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)</p> <p>ผู้มีสิทธิ UC</p> <p>หน่วยบริการ :</p> <p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก 7 แห่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) รพ.คิริราช 3) รพ.รามาธิบดี 4) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 5) รพ.พระมงกุฎเกล้า 6) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 7) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 	คงเดิม
เป็นไปตามกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 เอกสารหมายเลข 4 หน้า 13	<p>1. ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. TMS: Comprehensive metaboloc test อัตรา 3,500 บาท/ครั้ง 1.1.2. Plasma amino acid analysis อัตราจ่าย 3,500 บาท/ครั้ง 1.1.3. GC/MS: Urine organic acid อัตราจ่าย 3,500 บาท/ครั้ง 	คงเดิม



กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ) เป็นไปตามกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้อง บริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 เอกสารหมายเลข เอกสารหมายเลข 4.1 หน้า 40-46	<p>2. ค่าติดตามการรักษา</p> <p>2.1. ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก</p> <p>-กลุ่ม A อัตรา 200,000 บาท</p> <p>-กลุ่ม B อัตรา 50,000 บาท</p> <p>(แบ่งจ่าย 2 งวด ได้แก่ งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน)</p> <p>2.2. ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม</p> <p>-กลุ่ม A อัตรา 300,000 บาท</p> <p>-กลุ่ม B อัตรา 33,000 บาท</p> <p>(งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน)</p>	คงเดิม



Adobe Acrobat
Document

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)</p> <p>กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่าง หน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสาร หมายเลข 1 หน้า 4-5</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>3. ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ</p> <p>- กลุ่ม A/กลุ่ม B</p> <p>การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่าย เช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ</p> <p>3.1 กรณีรถยนต์ จ่ายตามจริง ไม่เกินระยะทางกรมทางหลวง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะทางไปกลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ระยะทางไปกลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่ม กิโลเมตรละ 4 บาท <p>3.2 กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายตามระยะทางและชนิดของเรือ/แพขนานยนต์ ตามอัตราดังนี้</p> <p>3.2.1. ระยะทาง ไป-กลับ 5-15 กิโลเมตร ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรือหางยาวเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาท - เรือเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,000 บาท - เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท 	คงเดิม

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)</p> <p>กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสารหมายเลข 1 หน้า 4-5</p> <p> PDF Adobe Acrobat Document</p>	<p>3.2.2.ระยะทาง ไป-กลับ 16-50 กิโลเมตร ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -เรือหางยาวเรือ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท -เรือเรือ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท -เรือเรือ 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท <p>3.2.3.ระยะทาง ไป-กลับ 51-100 กิโลเมตร ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -เรือหางยาวเรือ จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาท -เรือเรือ จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท -เรือเรือ 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท <p>3.2.4.ระยะทาง ไป-กลับ 101 กิโลเมตรเป็นต้นไป ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -เรือเรือ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท -เรือเรือ 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท <p>3.2.5.ระยะทาง ไป-กลับ ไม่จำกัดระยะทาง</p> <ul style="list-style-type: none"> -แพขนานยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง 	คงเดิม

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ) กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสารหมายเลข 1 พ.ศ. ๒๕๖๕	<p>3.3. กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.3.1. เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์ อัตราการจ่าย 40,000 บาท / ชั่วโมงบิน 3.3.2. เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์ อัตราการจ่าย 80,000 บาท / ชั่วโมงบิน 3.3.3. เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์ อัตราการจ่าย 120,000 บาท / ชั่วโมงบิน 3.3.4. เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์ อัตราการจ่าย 160,000 บาท / ชั่วโมงบิน 	คงเดิม
Adobe Acrobat Document	<p>โปรแกรม E-claim</p> <p>รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS</p> <p>กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายใต้เดือนถัดไป</p>	คงเดิม

บริการกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

HIV AIDS



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข¹
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พ.ศ. ๒๕๖๖



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document

บริการตามประกาศนี้

กรณีบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

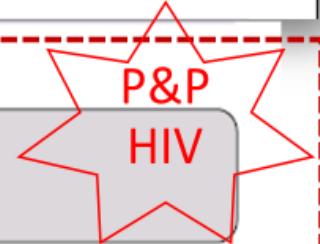
(ร่าง) กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2567



1. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนเป็นยา จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ หรือสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่าย
2) การตรวจขั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายตามผลงานการให้บริการ
3) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน Hep C	ย้ายไปอยู่ในงบส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ	เหมาจ่ายค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด
2) บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ	จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
3) บริการ PrEP	ชดเชยเป็นยา และจ่ายค่าตรวจห้องปฏิบัติการ ตามจำนวนผลงาน
4) บริการ PEP	ชดเชยเป็นยา และจ่ายค่าตรวจห้องปฏิบัติการ ตามจำนวนผลงาน
5) ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น	สนับสนุนเป็นถุงยาง จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
6) การให้คำาเริกษาและตรวจหาเชื้อ HIV (รวมการตรวจด้วย HIV-Self test)	จ่ายตามผลงานการให้บริการ

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมนีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 1</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>1.บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.1. การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี สูตรพื้นฐานและสูตรดีอียา</p> <p>1.1.1.มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.1.2.หน่วย ARV</p> <p>1.1.3.อัตราจ่าย :ชดเชยเป็นยา</p> <p>1.1.4.โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม Nap</p> <p>1.2. การดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส FENOFIBRATE , SIMVASTATIN , ATORVASTATIN , GEMFIBROZIL</p> <p>1.2.1.กลุ่มเป้าหมาย : สิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.2.2.หน่วย ARV</p> <p>1.2.3.อัตราจ่าย :ชดเชยเป็นยา</p> <p>1.2.4.โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม Nap</p> <p>1.3.ถุงยางอนามัย</p> <p>1.3.1.กลุ่มเป้าหมาย : สิทธิ UC</p> <p>1.3.2.หน่วย ARV</p> <p>1.3.3.อัตราจ่าย: ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย</p> <p>1.3.4.โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม Nap และประมวลผลจ่ายถุงยางอนามัยตามผลงานการบริการทุก</p>	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดือน_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 1</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>1.4. ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา (F/U)</p> <p>1.4.1. มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.4.2. หน่วย ARV, HTC</p> <p>1.4.3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปีงบประมาณ)</p> <p>1.5. การตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทางราก (PCR)</p> <p>1.5.1. สิทธิ UC</p> <p>1.5.2. หน่วย Anti-HIV</p> <p>1.5.3. อัตราจ่าย 1,000 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 1 ปี หลังคลอด)</p> <p>1.5.4. หลักเกณฑ์การจ่าย</p> <p>1) หากที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี แรกเกิด-18 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิน 5 ครั้ง - ถ้าผลตรวจเป็น +/+ หยุดจ่าย - ถ้าผลตรวจ 4 ครั้ง เป็น -/-/- หยุดจ่าย - ถ้าผลตรวจครั้งก่อนหน้าเป็น - ต้องส่งตรวจห่างกันมากกว่า 14 วัน - ถ้าผลตรวจครั้งก่อนหน้าเป็น + ไม่นับระยะห่างของครั้งต่อไป <p>1.5.5. ชดเชยเป็นเงิน</p>	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลขอฯ 1</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>1.6. การตรวจ CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT</p> <p>1.6.1. มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.6.2. หน่วย ARV</p> <p>1.6.3. จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25 บาทต่อรายการต่อครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี)</p> <p>1.6.4. ชดเชยเป็นเงิน</p> <p>1.7. การตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด (CD4)</p> <p>1.7.1. มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.7.2. หน่วย CD4</p> <p>1.7.3. จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี)</p> <p>1.7.4. ชดเชยเป็นเงิน</p> <p>1.8. การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด</p> <p>1.8.1. สิทธิ UC</p> <p>1.8.2. หน่วย VL</p> <p>1.8.3. จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,350 บาทต่อครั้ง (ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี)</p> <p>1.8.4. สามารถตรวจเพิ่มเติมได้ในกรณีดังต่อไปนี้</p> <p>1) ผู้รับบริการเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา</p> <p>2) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์</p> <p>3) ตรวจ VL Base line ก่อนเริ่มยาด้วย Abacavir (ABC) + Lamivudine(3TC) + Dolutegravir (DTG)</p>	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 1</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>1.8.5. ชดเชยเป็นเงิน</p> <p>1.9. การตรวจการตื้อต้อยาต้านเอชไอวี(DR)</p> <p>1.9.1. มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP</p> <p>1.9.2. หน่วย DR</p> <p>1.9.3. อัตราจ่าย</p> <p>1) Commercial 6,000 บาท/รายการ</p> <p>2) In-House 5,500 บาท/รายการ</p> <p>3) ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ</p> <p>4) ชดเชยเป็นเงิน</p> <p>1.10. ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง</p> <p>1.10.1. มีสิทธิ UC</p> <p>1.10.2. หน่วย CD4/VL/DR</p> <p>1.10.3. อัตราจ่าย</p> <p>1) กรณีการส่งตรวจ CD4 และ VL อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง</p> <p>2) กรณีการส่งตรวจ DR อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง</p> <p>3) ชดเชยเป็นเงิน</p>	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลขอ 2</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>2. บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>2.1. บริการเชิงรุก : RRTTR</p> <p>2.1.1.สิทธิ UC</p> <p>2.1.2.หน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) หน่วยงาน/องค์กรชุมชน หรือองค์กรเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดทำสัญญา กับ สปสช เขต 4) หน่วยบริการหรือองค์กรภาคประชาสังคม ที่จัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <p>2.1.3. อัตราจ่าย</p> <p>(1) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)/กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG)/กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) /กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reach&Recruit อัตราจ่าย 800 บาท -Recruited to Tested อัตราจ่าย 550 บาท -Retained อัตราจ่าย 450 บาท 	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมนีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2</p> <p> PDF</p> <p>Adobe Acrobat Document</p>	<p>(2) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reach&Recruit อัตราจ่าย 1,800 บาท -Recruited to Tested อัตราจ่าย 1,200 บาท -Retained อัตราจ่าย 1,000 บาท <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการในระบบ UC จ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 2. องค์กรภาคประชาสังคม ที่ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการ แบ่งจ่ายชดเชยเป็น 3 งวด ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> • 50% ของงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ชดเชยให้หลังจากลงนามในสัญญารอบทั้ง 2 ฝ่าย และส่งแผนงานการดำเนินงาน • 30% ของงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ชดเชยเมื่อคู่สัญญามีผลงาน RR และ Test ไม่น้อยกว่า 50% ของเป้าหมายในสัญญา • งบประมาณที่เหลือตามผลงานจริง 3. Anti-HIV ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน <ul style="list-style-type: none"> 2.1.4. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS 2.2. บริการทางคลินิก : ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเชิงรุก (STI) <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1. สิทธิ UC ที่อยู่ในกลุ่มเลี้ยง (RR) 2.2.2. เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการด้านเอชไอวี เอดส์ 	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2,4</p> <p> Adobe Acrobat Document</p>	<p>2.2.3 อัตราจ่าย (ชดเชยเป็นเงิน)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส Syphilis อัตราจ่าย 100 บาทต่อครั้งต่อปี -ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองใน Chlamydia อัตราจ่าย 100 บาทต่อครั้งต่อปี -ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Gonorrhea) อัตราจ่าย 100 บาทต่อครั้งต่อปี -ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) อัตราจ่าย 250 บาทต่อครั้งต่อปี -คัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anal pap smear) อัตราจ่าย 250 บาทต่อครั้งต่อปี <p>2.2.4. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS</p> <p>3. กรณีการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)</p> <p>3.1. บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.1. ประชาชนไทยสิทธิ UC 3.1.2. หน่วย HTC 3.1.3. อัตราจ่าย <ul style="list-style-type: none"> 1) ค่าบริการให้การปรึกษาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) อัตราจ่าย 7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี) 2) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Anti-HIV) อัตราจ่าย 140 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี) 	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2,4</p> <p></p> <p>Adobe Acrobat Document</p>	<p>3.1.4. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในโปรแกรม NAP 2) ชดเชยเป็นเงิน <p>3.1.5. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS</p> <p>3.2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส</p> <p>3.2.1. ค่าบริการยาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-ExposureProphylaxis: PrEP)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประชาชนไทยสิทธิ UC 2) หน่วย PrEP 3) อัตราจ่าย (ชดเชยเป็นเงิน) <ul style="list-style-type: none"> -Initial Counseling 80 บาท/คน (เฉพาะรายที่กินยา) -Counseling สำหรับผู้รับยา 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 5 ครั้ง/คน/ปี) (สำหรับผู้ที่รับยา) -Anti-HIV 140 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ปี) -CrCl 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี) -HBsAg ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> (1) ELISA 130 บาท/ครั้ง (2) PHA 70 บาท/ครั้ง -STIs เหมาจ่าย 240 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี) -Pregnancy test 70 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี <p>3.2.3. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS</p>	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ

เดิม_2567

ใหม่
(เปลี่ยนแปลง)_256
8

7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

3.2.2. ค่าบริการกรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)

- 1) ประชาชนไทยสิทธิ UC
- 2) หน่วย ARV
- 3) อัตราจ่าย (ชดเชยเป็นเงิน) ดังนี้

- การติดเชื้อ HIV (Anti-HIV) 140 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 5 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) 25 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- การทำงานของไต (CrCl) 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- การทำงานของตับ (SGPT/ALT) 25 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) 1,350 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- HBsAg ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ ได้แก่
 - (1) ELISA 130 บาท/ครั้ง
 - (2) PHA 70 บาท/ครั้ง
- Anti HBs 150 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- Anti HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง อัตรา 50 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง)
- STIs เหมาจ่าย 240 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ)
- Pregnancy test 70 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง/การสัมผัสเชื้อ

เป็นไปตามประกาศกรมนิบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

ตามเอกสาร



Adobe Acrobat Document

ครั้ง

คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศกำหนดให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 3	<p>4. งานศูนย์องค์รวม</p> <p>4.1. ประชาชนไทยสิทธิ UC</p> <p>4.1.1 คู่หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์</p> <p>4.1.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม</p> <p>4.2. หน่วยบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร</p> <p>4.3. อัตราจ่าย</p> <p>4.3.1 คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์ และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ เหมาจ่าย 450 บาท/คน</p> <p>4.3.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม เหมาจ่าย 600 บาท/คน</p> <p>4.4. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย</p> <p>4.4.1.บริการผู้ติดเชื้อ (Retain Positive)</p> <ul style="list-style-type: none">-บริการให้คำปรึกษารายบุคคล-บริการเยี่ยมบ้าน-บริการวันmarบยา/มาตามนัดที่ รพ.-บริการแบบกลุ่ม-บริการติดตาม ส่งต่อ	คงเดิม



Adobe Acrobat
Document

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรมนีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 3	<p>4.4.2.บริการคู่ ของผู้ติดเชื้อ (Retain Negative)</p> <ul style="list-style-type: none">-บริการให้คำปรึกษารายบุคคล-บริการเยี่ยมบ้าน-บริการวันmarับยา/มาตามนัดที่ รพ.-บริการแบบกลุ่ม-บริการให้ข้อมูลและ ส่งต่อ <p>4.5.การบันทึกและประมวลผลจ่ายเงินชดเชย</p> <ul style="list-style-type: none">4.5.1. บันทึกผ่านโปรแกรม National AIDS Program : NAP4.5.2.ชดเชยเป็นเงิน ตามเงื่อนไขการจ่ายในสัญญาดำเนินการตามโครงการ	คงเดิม



Adobe Acrobat
Document

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)



บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
<p>7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)</p> <p>เป็นไปตามประกาศกรมบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2)</p> <p> PDF</p> <p>Adobe Acrobat Document</p>	<p>บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)</p> <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนไทยทุกคน หน่วยบริการ: หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิ - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน - หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) - หน่วยรับส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คลินิกพยาบาล) - หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) - หน่วยรับส่งต่อทั่วไป - หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR ,HTC ,CSO ,PrEP/PEP อัตราการชดเชย : บริการค่าชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST รวมค่าบริการให้คำปรึกษา อัตราจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน การบันทึกข้อมูล Krungthai Digital Health Platform 	คงเดิม

บริการตรวจคัดกรองตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

	รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคากลาง	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิก ชดเชย
1	การตรวจคัดกรอง Anti HCV	•Rapid Test •เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	50 บาท/ครั้ง	● ปชช ที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้ง ^{ตลอดชีวิต} ● กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง	KTB/NAP
2	การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ทุกรายที่มีผล Anti HCV Positive ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP
3	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	•APRI score •FIB-4 score •การตรวจ transient elastography •fibro marker panel	UC	200 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP
4	ยาเพื่อรักษา	•Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์	โปรแกรมระบบ บัญชียา จ(2)
5	การตรวจประเมินผลการรักษา	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP



บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข[†]
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๗

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๖ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามประกาศนี้ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเดช ธรรมธัชารี)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

หมวด ๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟู

สมรรถภาพระดับจังหวัด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย คนพิการ หรือผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับ
การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ประกาศลงนาม ณ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗ มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
<p>บริการตามประกาศพื้นฟูฯ</p> <ol style="list-style-type: none">บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบ ความร่วมมือกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (จังหวัด ที่<u>ไม่มี</u>กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด)บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่<u>ไม่มี</u> กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	<p>บริการตามประกาศพื้นฟูฯ</p> <p>บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่<u>ไม่มี</u> กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด</p>

กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
(Orientation & Mobility : O&M)



	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : คนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายนอก กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้</p> <p>แนวทางการให้บริการ : มีรูปแบบการให้บริการแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล ตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครุฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครุฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม</p>	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรึ่ง	-
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 9,000 บาท ต่อ คน เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึกแผนการดำเนินงานโดยให้ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ ณ วันที่หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วย	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟู (Disability Portal)	-
ระบบประเมินผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายซดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS) >>	-

บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)



		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ :</p> <p>1. คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 2. คนพิการที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการขั้นตอน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือ พิการด้านอื่นร่วมด้วย แนวทางการให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กรรมการแพทย์ให้การรับรองและผู้ให้บริการ IL ผ่านการอบรมในหลักสูตรครุฝึกพื้นฐาน (IL Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม</p>	-	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกราย	-	-
อัตราจ่าย	<p>จ่ายในอัตรา 11,000 บาทต่อราย แบ่งจ่ายชดเชยเป็น 2 ครั้ง ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 จ่ายในอัตรา 6,000 บาท เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึก Achieve goal</p> <p>ครั้งที่ 2 จ่ายในอัตรา 5,000 บาท เมื่อหน่วยบริการบันทึกผลการดำเนินงาน</p>	-	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการพื้นฟูฯ (Disability Portal)	-	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-	-

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 2. คนพิการ 3. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	-
อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีпедาน (Point system within Global budget) ของ รายการบริการ (Fee schedule) รายละเอียดตามตารางแนบท้ายนี้	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) ● หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่านระบบ E-CLIM 	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-

บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ (9 รายการ) ต่อ

รายการบริการพื้นฟู อื่นๆ

ลำดับ	กิจกรรม	รายบุคคล		รายกลุ่ม	
		รหัส ITEM_CODE	(ครั้ง/วัน)	รหัส ITEM_CODE	(ครั้ง/วัน/คน)
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	-	-
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	H9383.2	75
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	H9375.2	75
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	H9449.2	150
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	H9433.2	150
6	พื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	-	-
7	การพื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	H9378.3	75
8	Early Intervention	H9438.1	150	H9438.2	75
9	Phenol block	H0489	500	-	-



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย
ค่าใช้จ่ายกรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
ปีงบประมาณ 2568
(สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
พ.ศ. ๒๕๖๗



ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

(๒) บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจตุจักร ธรรมรักษารักษ์)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

ประกาศลงนาม ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
<p>บริการตามประกาศ</p> <ol style="list-style-type: none">บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน DRGs รุ่นที่ 5 (Version 5)บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง	<p>บริการตามประกาศ</p> <ol style="list-style-type: none">บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน DRGs รุ่นที่ 6 (Version 6.3)บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก <p>ย้ำ...รายละเอียดของบริการฝังเข็มฯ ไปอยู่ที่ประกาศแพทย์แผนไทย</p>

บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)



ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พั้นระยะเวลาในการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์ธอลีดอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย กลุ่มเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยนตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66 และเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป 	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	-
อัตราจ่าย	สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ 5 คำนวณอัตราจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ซึ่งอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับ วงเงินที่ได้รับจัดสรรระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นด้วยอัตรา 8,350 บาทต่อหนึ่งหน่วย น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ก่อนมีการปรับลดค่าแรง	ใช้ DRGs รุ่นที่ 6
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบ e-Claim	-
ระบบประมวลผล	ระบบ e-Claim	-

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (IMC OP)

ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568									
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พั้นระยะเวลาวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เทลอดีเอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย กลุ่มเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยนตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66 	-									
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรังสี	-									
อัตราจ่าย	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">450 บาทต่อครั้ง</td> <td style="padding: 5px;">ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับ จากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ ประกอบโรคคิลป์ในแต่ละสาขาที่ตรง^{กับกิจกรรมบริการ}</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">200 บาทต่อครั้ง</td> <td></td> </tr> </table>	กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับ จากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ ประกอบโรคคิลป์ในแต่ละสาขาที่ตรง ^{กับกิจกรรมบริการ}	กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)			จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200 บาทต่อครั้ง		-
กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับ จากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ ประกอบโรคคิลป์ในแต่ละสาขาที่ตรง ^{กับกิจกรรมบริการ}									
กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)											
จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200 บาทต่อครั้ง										
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	-									
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟู (Disability Portal)	-									
ระบบประเมินผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายซดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-									

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)



อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)



1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๔)
พ.ศ. ๒๕๖๗

บริการตามประกาศนี้

- รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (เอกสารแนบ 1 ใช้ถึง 30 มิ.ย. 66)
- รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (เอกสารแนบ 2 เริ่มใช้ 1 ก.ค. 66)
- รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ 76 รายการ (เอกสารแนบ 3)



ประกาศอุปกรณ์

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นลำดับ ๕๒/๑ ลำดับ ๕๒/๒ ลำดับ ๕๒/๓ และลำดับ ๕๒/๔ ของเอกสารหมายเลข ๓ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตรา(บาท)
8237	เท้าเทียมดอนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) ซึ่งเป็นรายการในบัญชีนิเวศกรรมไทย	ข้างละ	29,000.00
8238	ฝ่าเท้าด้านหน้า (Forefoot)	ข้างละ	18,000.00
8239	สันเท้า (Heel)	ข้างละ	8,500.00
8240	ยางหุ้มเท้า (Foot Cover)	ข้างละ	2,000.00

ประกาศลงนาม ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567 มีผลตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2567

เขต 1-12 บันทึกผ่านระบบ Disability

เขต 13 บันทึกผ่านระบบ E-Claim



ประมวลผลผ่าน
Seamless For DMIS



Adobe Acrobat
Document

รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ (ต่อ)



ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็น “คนพิการ”	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการยืนยันการบริการหรือปิดสิทธิทุกรัง (ยกเว้น IP)	-
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีпедาน (Point system within Global budget) รายละเอียดตามเอกสารแนบ 3 ตามประกาศ (76 รายการ)	เพิ่ม 4 รายการ ตามประกาศฯ ฉบับที่ 8
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการพื้นฟู (Disability Portal) • หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่านระบบ E-CLIM 	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายซดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย ของบริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผล การจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการพื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค (IMC OP) กายภาพบำบัด , กิจกรรมบำบัด , แก้ไขการพูด	Disability Portal	Disability Portal	
2. บริการพื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (O&M : ไม่เท้าขวา)	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS
3. บริการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตอิสระ (IL)	Disability Portal	Disability Portal	หัวข้อ บริการพื้นฟู สมรรถภาพด้าน การแพทย์
4. บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (Global) กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การแก้ไขการพูด , จิตบำบัด, พฤติกรรมบำบัด, พื้นฟูการได้ยิน, การ พื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น, Early Intervention, Phenol block	Disability Portal	E-Claim	
5. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ	Disability Portal	E-Claim	
บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด (บริการ IMC) ตามประกาศฯ บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ.2567	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS บัตรประชาชนใบเดียว

บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข[†]
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พ.ศ. ๒๕๖๗

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- (๑) บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่
 - (ก) บริการนวด
 - (ข) บริการประคบ
 - (ค) บริการนวดและประคบ
 - (ง) บริการอบสมุนไพร
 - (จ) บริการพอกเข่า
 - (ฉ) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด ตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย
 - (ช) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (๒) บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ บริการผิงเข็มหรือบริการผิงเข็มร่วมกับกระดูกไฟฟ้า ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ข้อ ๑๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามประกาศนี้ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้อีกเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกสำหรับบริการนวดหรือบริการนวดและประคบเพื่อที่น้ำซึมรรถภาพเด็กพิการ โดยการให้บริการตั้งแต่ก่อนวันที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้ มีผลใช้บังคับ ให้อีกเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกสำหรับบริการพอกเข่า โดยการให้บริการที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้อีกเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเจี๊ย ธรรมอัษխารี)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567 (เดิม)	ปีงบประมาณ 2568 (ใหม่)
<p>1. บริการแพทย์แผนไทย</p> <p>1.1 บริการนวด</p> <p>1.2 บริการประคบ</p> <p>1.3 บริการนวดและประคบ</p> <p>1.4 บริการอบสมุนไพร</p> <p>1.5 บริการการพื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด</p> <p>1.6 บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อื่นๆ</p> <p>2. ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจนฯ 9 รายการ</p> <p>3. บริการกัญชาทางการแพทย์</p> <p>4. บริการฝังเข็มในผป.Stroke (รายละเอียดอยู่ที่ ประกาศผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ.2566)</p>	<p>สิทธิประโยชน์ใหม่</p> <p>1. บริการพอกเข่า (มีผล 1 ส.ค. 67)</p> <p>2. บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ สำหรับหน่วยบริการมาตรา 3 เท่านั้น (มีผล 1 เม.ย. 67)</p> <p>3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน 3 mg/drop (มีผล 1 ต.ค. 66)</p> <p>ปรับสิทธิประโยชน์เดิม</p> <p>1. บริการแพทย์แผนไทย (จ่ายตามการส่งข้อมูล)</p> <p>2. ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน 9 รายการ (จ่ายเป็น คอร์ส)</p> <p>3. บริการกัญชาทางการแพทย์ (ปรับปริมาณการใช้ยา 1 รายการ, ปรับกลุ่มเป้าหมาย 2 รายการ)</p> <p>ย้ายรายละเอียดของบริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วยStroke มาอยู่ที่ ประกาศแพทย์แผนไทยฯ</p>

บริการการแพทย์แผนไทย

ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) <u>ใช้ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเป็นต้นไป</u> ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด</p> <p>งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ</p> <p>งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ</p>	<p>จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) <u>จ่ายตามการส่งข้อมูล (send date)</u> ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด</p> <p>งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ</p> <p>งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 6. ยาสมุนไพร 25 Point /รายการ * <p>หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. <u>บริการพอกเข่า 100 Point/ครั้ง</u> 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 7. ยาสมุนไพร 25 Point /รายการ * <p>หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
ระบบเบิกจ่าย	<p>หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม)</p> <p><u>หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim</u></p>	
ระบบประมวลผล	<p>ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม)</p> <p>ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยໂรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)</p>	

บริการพอกเข่า

ปีงบประมาณ 2568 (ลิทธิประโยชน์ใหม่)

หลักเกณฑ์	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบค่าตอบแทนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมาณผลจ่ายเป็น 2 งวด <u>งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ</u>		
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง		
อัตราจ่ายและเงื่อนไข	มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค. 67 ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีอาการปวดเข่าจากภาวะเข่าเสื่อม (OA Knee) (ICD10 : M17) หรือ โรคลมจับโปงแห้งเข่า (ICD10 : U 57.53) โดยให้บริการนวดพร้อมการพอกเข่า ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ มีรหัสการ ครบ 4 กิจกรรม / ครั้ง ดังนี้		
	1) 872-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวเข่า)	บริการนวด 200 Point/ครั้ง
	2) 873-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า	
	3) 874-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขาท่อนล่าง (ระหว่างหัวเข่าถึงข้อเท้า)	
	4) 873-78-35 (รหัสใหม่)	การพอกยาสมุนไพร (หัวเข่า)	บริการพอกเข่า 100 Point/ครั้ง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ		
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 บันทึกผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 บันทึกผ่านระบบ e-Claim		
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) ประมวลผลจ่ายซัดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายซัดเชยโรงพยาบาล (Seamless for DMIS) หัวข้อ บริการแพทย์แผนไทย		

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ



ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

ผู้มีสิทธิ	ลิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ลิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดลิทธิทุกรั้ง
กลุ่ม เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none">เด็กพิการทุกประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี กรณีอายุมากกว่า 18 ปี พิจารณาตามความจำเป็นและได้รับความยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กพิการ ทั้งนี้ ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือเด็กพิการ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
อัตราจ่าย	<p><u>มีผลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท</u></p> <p>1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ } รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด
ระบบเบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ Disability Portal
ระบบมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายขาดชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) เป็นรายเดือน

ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ภายใต้วงเงินที่กำหนด		
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง		
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่านระบบ e-Claim		
ระบบประมวลผล	ระบบ e-Claim		

ปีงบประมาณ 2567

รหัส	รายการยา	รูปแบบ หรือ หน่วย	ขนาด	ชดเชยอัตรา point/หน่วย	อัตราจ่ายไม่เกิน
					point ต่อ ครั้ง
HERB1	1. พื้าทะลายโจร	แคปซูล	500 mg	0.85	142.80
HERB2	2. ขมิ้นชัน	แคปซูล	500 mg	0.79	44.24
HERB3	3. ประสารมะแวง	ยาลูกกลอน	200 mg	5.28	258.72
HERB4	4. ยาแก้ไอมะขามป้อม	ยาน้ำ	120 ml	27.90	195.30
HERB5	5. ยาไพล	ยาครีม (หลอด)	30 g	40.77	40.77
HERB6	6. เกาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93	58.59
HERB7	7. ยาประจำ *	ลูกประจำ	200 g	62.76	188.28
HERB8	8. ยาราตุอบเชย	ยาน้ำ	120 ml	16.29	84.00
HERB9	9. ยาสหัสสรารา	แคปซูล	500 mg	1.16	73.08

ปีงบประมาณ 2568

รหัส	รายการยา	อัตราจ่ายไม่เกิน
		บาท / ครอร์ส / ครั้ง
HERB1	1. พื้าทะลายโจร	142.80
HERB2	2. ขมิ้นชัน	44.24
HERB3	3. ประสารมะแวง	258.72
HERB4	4. ยาแก้ไอมะขามป้อม	195.30
HERB5	5. ยาไพล	40.77
HERB6	6. เกาวัลย์เปรียง	58.59
HERB7	7. ยาประจำ *	188.28
HERB8	8. ยาราตุอบเชย	84.00
HERB9	9. ยาสหัสสรารา	73.08

หมายเหตุ : * ยาประจำ ชดเชยเฉพาะกรณีสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน ไม่ใช่กรณีรับบริการประจำในหน่วยบริการ

บริการกัญชาทางการแพทย์

รายการยา มีดังนี้

ยาน้ำมันกัญชา

1. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากซื้อดอก ซึ่งมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml ขนาด 10 ml (.SizeMode)
2. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด (ยา กัญชาทั้งห้า)

ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา

3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1
4. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน 1:1
5. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 0.5 mg/drop
6. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 3 mg/drop (สิทธิประโยชน์ใหม่)

ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา

7. ยาแก้ลมแก้เส้น ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง
8. ยาคุชไสยาศน์ ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง
9. ยาทำลายพะสุเมรุ ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง

1. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml
 (捺รับหมอดেชา)



ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ผ่านการอบรมการใช้น้ำมันกัญชา(捺รับหมอดেชา) จาก กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติ ไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรัง	
อัตราจ่าย	ขนาด 10 ml อัตรา 172 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 1 – 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติต้านสมุนไพร	
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวขอยา กัญชา	
ระบบ ประเมินผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

2. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด (ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5)

ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์</p> <p>ผ่านการอบรมแนวทางการใช้ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5 จาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาภัยภูเบศร และรายละเอียดตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติ ไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 150 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 - 4 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายขาดเยียโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)
ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1



ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p><u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก (ผู้ป่วยอยู่ภายใต้โครงการของ กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสานฯ) <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> อยู่ภายใต้การดำเนินการของ “ กุழารแพทย์ อนุสาขากุழารเวชศาสตร์ประสานวิทยา ” และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบทยาแห่งชาติ (กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสานฯ)</p>	<p><u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้เฉพาะกรณีโรคลมชักที่รักษายาก และ โรคลมชักที่ดื้อยา <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> อยู่ภายใต้การดำเนินการของ “ กุழารแพทย์ อนุสาขากุழารเวชศาสตร์ประสานวิทยา ”</p>	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรังสี		
อัตราจ่าย	<p>ขนาด 10 ml อัตรา 2,000 บาท/ขวด ไม่เกิน 6 ขวด/คน/เดือน</p> <p>ขนาด 30 ml อัตรา 6,000 บาท/ขวด ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน</p>	<p>ขนาด 10 ml อัตรา 2,000 บาท/ขวด</p> <p>ขนาด 30 ml อัตรา 6,000 บาท/ขวด</p> <p>ปริมาณการใช้ยาตามจริง ตามข้อกำหนดจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติตามสมุนไพร</p>	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติตามสมุนไพร		
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยา กัญชา และ ประมวลผลจ่ายที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรงพยาบาล(Seamless for DMIS)		

4. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน 1:1

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะเรื้อรังท้ายทายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</p> <p><u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u></p> <p>ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะเรื้อรังท้ายทายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)</p> <p><u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u></p> <p>ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 900 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตาม ข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติตามสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบ ประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชาดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

5. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน 0.5 mg/drop

ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรัง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 500 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไข ตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติตามสมนุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยา กัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

6. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน 3 mg/drop

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง <u>ผู้ท่าน้ำที่สั่งใช้ยา</u> ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรัง
อัตราจ่าย	อัตรา 1,625 บาทต่อขวด ขนาด 10 ml ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 1 ขวด/คน/เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติต้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยา กัญชา
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)

7. ยาแก้ลมแก้เส้น

		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีอาการมือเท้าชา</p> <p><u>ผู้ที่นำเข้ามาใช้ยา</u></p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย</p>		
ผู้มีสิทธิ	ลิธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ลิธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดลิธิทุกรัง		
อัตราจ่าย	ขนาด 500 มก/แคปซูล อัตรา 3.5 บาท/แคปซูล ขนาด 2 กรัม/ซอง อัตรา 13 บาท/ซอง	ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตาม ข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติต้านสมุนไพร	
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา		
ระบบ ประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)		

8. ยาคุชไสยาศน์

		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568		
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>แก้อาการนอนไม่หลับ เปื่ออาหาร</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</p> <p>แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย</p>				
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรัง				
อัตราจ่าย	ขนาด 500 มก/แคปซูล ขนาด 2 กรัม/ซอง	อัตรา 3.5 บาท/แคปซูล อัตรา 11 บาท/ซอง	ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน		
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตาม ข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร			
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกฝ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา				
ระบบ ประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)				

9. ยาทำลายพระสุเมรุ

ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กลุ่มเป้าหมาย แก้ล้มเปลี่ยนว่าด้วย พื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคลมอัมพฤกษ์อัมพาต</p> <p>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรัง
อัตราจ่าย	ขนาด 500 มก/แคปซูล อัตรา 2.25 บาท/แคปซูล ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 240 แคปซูล/คน/เดือน ขนาด 2 กรัม/ซอง อัตรา 8 บาท/ซอง ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 60 ซอง/คน/เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตาม ข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติตามสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา
ระบบ ประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)



		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ตามแนวทางการจัดบริการ ฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พั่นระยะวิกฤต มี สรพ. ทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เทลอดีเอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย	-	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกรายกเว้นบริการ IP	-	-
อัตราจ่าย	<p>1. จ่ายตามรายการบริการในอัตราครึ่งละ 150 บาท (รวมค่าเข็ม ค่ากระตุนไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์) ไม่เกิน 20 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel ADL index ร่วมด้วยทุกรายกเว้นที่ให้บริการ และหากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน</p> <p>2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับ กระตุนไฟฟ้าในผู้รับบริการรายเดิมครบ 20 ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการเดียวกัน</p>	-	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟ้า และ ให้บริการโดยแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนจีน	-	-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบ e-Claim	-	-
ระบบประมวลผล	ระบบ e-Claim	-	-

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2568

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผลการจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการแพทย์แผนไทย (ยกเว้นวัตกรรมแผนไทย) GB นวด / นวดและประคบ / ประคบ / อบสมุนไพร / พื้นฟูมารดาหลังคลอด / ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักอื่นๆ / พอกเข่า	43 แฟ้ม	E-Claim	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย
2. บริการยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจนฯ (ยาสมุนไพร 9 รายการ)	E-Claim	E-Claim	E-Claim
3. บริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วย Stroke	E-Claim	E-Claim	E-Claim
4. บริการยกัญชาทางการแพทย์	จ.2	จ.2	Seamless For DMIS หัวข้อ กรณีการใช้ยายกัญชา
5. บริการนวดและประคบเพื่อพื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ สำหรับ หน่วยบริการรับส่งต่อพื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็น “หน่วยบริการมาตรฐาน 3” เท่านั้น	Disability	Disability	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย
บริการนวัตกรรมด้านแพทย์แผนไทย (นวด อบ ประคบ) ตามประกาศฯ บริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2566	AMED	AMED	Seamless For DMIS บัตรประชาชนใบเดียว

บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข[†]
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง

ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

DM / HT

บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

- T1DM
- GDM
- PDM
- T2DM
- HT



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจงปะรณะ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขานิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสไดรหัสหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) E10* เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ <u>หรือ</u> 2) P70.2 Neonatal DM ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อน อายุ 30 ปี <u>หรือ</u> 3) E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia <u>หรือ</u> 4) E14* Unspecified DM 	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย	คงเดิม

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
อัตราจ่าย	<p><u>1. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตาม ดังนี้</u></p> <p>1) เดือนตุลาคม เหมาจ่าย 13,636 บาทต่อราย 2) เดือนพฤศจิกายน เหมาจ่าย 12,636 บาทต่อราย 3) เดือนธันวาคม เหมาจ่าย 11,636 บาทต่อราย 4) เดือนมกราคม เหมาจ่าย 10,636 บาทต่อราย 5) เดือนกุมภาพันธ์ เหมาจ่าย 9,636 บาทต่อราย 6) เดือนมีนาคม เหมาจ่าย 8,636 บาทต่อราย 7) เดือนเมษายน เหมาจ่าย 7,636 บาทต่อราย 8) เดือนพฤษภาคม เหมาจ่าย 6,636 บาทต่อราย 9) เดือนมิถุนายน เหมาจ่าย 5,636 บาทต่อราย 10) เดือนกรกฎาคม เหมาจ่าย 4,636 บาทต่อราย 11) เดือนสิงหาคม เหมาจ่าย 3,636 บาทต่อราย 12) เดือนกันยายน เหมาจ่าย 2,636 บาทต่อราย</p> <p><u>2. จ่ายค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/สัปดาห์ เป็นได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์</u></p>	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. กรณีบริการหลุบงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสไดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ 2) O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หลุบงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม
อัตราจ่าย	เหมาจ่ายครั้งเดียว จำนวน 2,620 บาท /ราย	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสไดรหัสหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent หรือ 2) O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent หรือ 3) O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified 	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม

3. กรณีบริการที่สูงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) ต่อ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
อัตราจ่าย	<p>จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ตามอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการ<u>ครั้งแรก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์) เหมาจ่าย 8,660 บาท (2) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์) เหมาจ่าย 7,820 บาท (3) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,980 บาท (4) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,140 บาท (5) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์) เหมาจ่าย 5,300 บาท (6) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์) เหมาจ่าย 4,460 บาท (7) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์) เหมาจ่าย 3,620 บาท (8) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 2,780 บาท (9) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป (>36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 1,940 บาท 	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

4. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 / ความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด</p> <p>1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน</p> <p>2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน</p>	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	<p>ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ สิทธิ UC</p>	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	<p>ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง</p> <p>ผู้ป่วย HT รายใหม่ : การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี</p>	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรมหมอพร้อม	คงเดิม

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิ



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข[†]
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง



(โดยใช้ประกาศปีงบ 2566 ไปกลางก่อน)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2566



เพิ่มเติมปฐมภูมิ

ขอบเขตการบริการ “บริการการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการปฐมภูมิ” ปีงบประมาณ 2568

ค่าบริการเพิ่มเติม
สำหรับบริการปฐมภูมิ



1. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน



2. ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)



3. ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. 2568

1. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสิทธิ UC ยกเว้นการ Authentication/แสดงยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม โดยใช้ประกาศปี 2566
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> หน่วยบริการในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติในประกาศฯกำหนด มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย บันทึกข้อมูลรักษาในเวชระเบียน รวมจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการ ส่งต่อ ให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน 	
ขอบเขตการบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้รับบริการที่สมควรจะเข้าร่วมโครงการ และเป็นโรคที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล 	
อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรม E Claim บันทึกรายการที่ให้บริการ : ระบุในหมวด 19 รหัส FS : DRUG จัดส่งยาทางไปรษณีย์ 	

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. 2568

2. ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)

รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยสิทธิ UC ยกเว้นการ Authentication/แสดงยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ) ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า อาการคงที่ ควบคุมโรคได้ดี และจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง 	คงเดิม
หน่วยบริการ	<p>ข้อศักยภาพ H24 : บริการระบบสาธารณสุขทางไกล</p> <p>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติในประกาศฯกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> มีความพร้อมของเทคโนโลยีเพื่อการพิสูจน์ตัวตนและการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล ตามมาตรฐานที่สาขาวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนเข้ารับบริการ มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ โดยจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลการให้บริการได้ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบ มีมาตรฐานการรักษาระบบที่มั่นคงด้านสารสนเทศ และมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการลื่อสาร 	โดยใช้ประกาศ ปี 2566
ขอบเขตการบริการ	<ol style="list-style-type: none"> นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ พิสูจน์ตัวตนและแสดงความยินยอมในการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลโดยผู้ประกอบวิชาชีพของหน่วยบริการตามมาตรฐานที่สาขาวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนตามแนวทางของหน่วยบริการ 	
อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรม E Claim บันทึกรายการที่ให้บริการ : ระบุในหมวด 19 รหัส FS : Telemed telehealth 	

3. ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วย (LAB นอกหน่วย)

รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ OP : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่า Authentication ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด กรณีจังหวัดนำร่อง ใช้การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดลิฟต์) / กรณีไม่ใช้จังหวัดนำร่อง One ID ใช้การ Authentication 	คงเดิม (โดยใช้ประกาศ ปี 2566)
หน่วยบริการ	ข้อศักยภาพ H26: LAB นอกหน่วยบริการ <ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่ให้บริการรับส่งต่อหัวไปที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ จัดให้มีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และ/หรือมีหน่วยบริการอื่นเป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ หน่วยเจ้าเลือดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเก็บตัวอย่างและขนส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล **ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 	
ขอบเขตการบริการ	ค่าเจ้าเลือด ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ และค่าการนำสิ่งส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล	
อัตราจ่าย	เหมาจ่าย 80 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	<ul style="list-style-type: none"> E-claim บันทึกในหมวด 19 รหัส FS : SPECC ค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ 	

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568



1

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

- บริการการทดสอบการตั้งครรภ์
- บริการฝากครรภ์ ***
- บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
- บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ *
- บริการคัดกรองราลัสซีเมียในสามมีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ และบริการคัดกรองโรคซิพิลิส ***
- การตรวจหลังคลอด

2

กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี (2 รายการ) และเด็กอายุ 6 – 12 ปี (1 รายการ)

- บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
- บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
- บริการแวนต้าเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

3

กลุ่มอายุ 15-59 ปี (16 รายการ)

- บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
- บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มี ประวัติครอบครัวตรวจพบยืนยันกล้ายพันธุ์
- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
- บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
- บริการเคลือบฟลูออโรด *
- บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- บริการตรวจคัดกรองและค้นหาแอนโพรเจกต์ในกลุ่มเสี่ยงสูง *
- การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี *
- บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์เพื่อประสบ成 *
- บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ **
- บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแม่เมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ **
- บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด ***
- ค่าบริการให้วัสดุป้องกันโรค ***

หมายเหตุ :

- * หมายถึง รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง
- ** หมายถึง รายการใหม่
- *** หมายถึง รายการตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)



Adobe Acrobat
Document

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบ 2567 -2568

รายการใหม่ที่เพิ่ม	รายการเดิมที่ปรับ
<p>เพิ่มเติม ปี 67</p> <p>1) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ (OV-RDT) ในหน่วยนวัตกรรม</p> <p>2) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้าและอัลตราซาวด์ หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เป็นญาติสายตรงป่วยเป็น CA Breast</p>	<p>ปรับปี 67 (ตามประกาศ PPFS 2567 ว.a 31 ก.ค. 67 มีผลตั้งแต่ 31 ก.ค. 67)</p> <p>1) บริการฝากรรภ - รวมการให้ยาเสริมราตุเหล็ก กรณีไฟลิก ไอโอดีน</p> <p>2) บริการฝังยาคุมกำเนิด 1 ครั้งทุก 3 ปี แยกการจ่ายเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1) บริการค่าฝังยาคุมกำเนิด 2,150 บ 2.2) บริการค่าถอดยาฝังยาคุมกำเนิด 350 บ <p>3) บริการคัดกรองซิฟิลิส เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ เยาวชนและวัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p>4) บริการสำหรับผู้ต้องขัง โดยเพิ่มบริการ และจำนวนครั้ง ในรายการ : บริการคัดกรองวัณโรคด้วย Chest x-rays/ เคลือบฟลูออโรด์/บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล / คัดกรองซิฟิลิส/ตรวจคัดกรอง&ยืนยัน ไวรัสตับอักเสบ ซี</p> <p>5) บริการคัดกรองดาวน์ >เพิ่มเงื่อนไข การทำหัตถการวินิจฉัยทางในครรภ์ ในการตรวจยืนยันกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ที่นอกเหนือจาก Quadruple Test ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลคัดกรองความผิดปกติของโครงโน้มด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูง - หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากรรภครั้งแรกซ้ำ - หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ <p>6) บริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกเงื่อนไขเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา รวมถึงกรณียุติการตั้งครรภ์จากดาวน์และราลัสซีเมีย</p>
<p>เพิ่มปี 68 (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67)</p> <p>1) บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1) เจาะเลือดตัวดับน้ำตาล อายุ 35-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยง (1 ครั้ง/ปี) 1.2) เจาะเลือด Total cholesterol & HDL อายุ 45-70 ปี (1 ครั้งทุก 5 ปี) <p>2) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค 20 บ/dose</p>	<p>ปรับปี 68 (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67)</p> <p>1) ยกเลิกรายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1) รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 15-34 ปี 1.2) รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี 1.3) บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ (รวมในค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค) 1.4) บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (รวมในค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค) <p>2) ปรับรายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส มีการเพิ่มวิธีการตรวจ CIA/CLIA หรือ RDT หรือ VDRL 2.2) บริการฝากรรภ ปรับเงื่อนไขจากค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ : การตรวจ VDRL เป็นการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568 (กลุ่มหลูงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)	รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1.) การทดสอบการตั้งครรภ์			
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์			75
2.) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหลูงตั้งครรภ์			
2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับ หลูงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของ หลูงตั้งครรภ์	270	3.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	100
2.1.1 Hb typing	270	3.1.1 การเจาะเลือดปั๊นซีรั่ม	200
2.1.2 Alpha-thalassemia 1 (PCR) และหรือ	800	3.1.2 การเจาะเลือดปั๊นซีรั่มและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
2.1.3 Beta-thalassemia (Mutation analysis)	3,000	3.2 ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหลูงตั้งครรภ์	1,200
2.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500	3.2.1 การตรวจ Quadruple test	1,300
2.2.1 ค่าทำหัตการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500	3.2.2 การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
2.2.2 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	3,000	3.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
1) DNA Based Analysis	3,000	3.3.1 ค่าทำหัตการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
2) Hemoglobin typing	270	3.3.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยัน โครโนโซมทารกในครรภ์	2,500
4.) การตรวจหลังคลอด			
4.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด			150
4.2 ค่ายาเสริม ราตุเหล็ก กรณ์ไฟลิก ไอโอดีน			135

2. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568

(กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6-12 ปี)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
บริการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมتابอลิกในเด็กแรกเกิด	
5.) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	
5.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	135
5.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	350
6.) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมتابอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมتابอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	500
7.) บริการแวนตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแวน รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแวนตา ค่าดำเนินการและค่าบริการตรวจประเมิน	
9.1 เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	800
9.2 เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab)	1000

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
8.) บริการคัดกรองรอยโรคเลี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600	11.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษา แนะนำ และส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60
9.) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 9.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250	12.) บริการคัดกรองโลหิตจากจากการขาดร้าตุเหล็ก ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดออย่างสมบูรณ์ (CBC)	65
9.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test 9.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50	13.) บริการยาเม็ดเสริมร้าตุเหล็ก ค่าบริการยาเม็ดเสริมร้าตุเหล็กและกรดโฟลิก และการให้คำแนะนำ ติดตาม	80
9.2.2 ค่าตรวจห้องปฎิบัติการ 1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280	14.) บริการเคลือบฟลูออไรด์	
2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370	ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100
9.2.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250	15.) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา) รวมบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ และบริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
9.3 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900	15.1 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้ยา yutikirug หรือ	3,000
10.) บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยืนกายนพันธุ์		15.2 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีคัลยกรรม	
10.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	500		
10.2 บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 10.2.1 ค่าบริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีความเสี่ยงสูง	10,000		
10.2.2 ค่าบริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยืนยัน BRCA1/BRCA2	2,500		

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
16.) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง			
16.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100	17.) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี	
16.2 ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ 1) TB-LAMP หรือ 2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ 3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ 4) Line Probe Assay (LPA)	200 500 600 600	ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	50
16.3 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) 1) ตรวจด้วยวิธี AFB 2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture 2.1) เทคนิค Solid media 2.2) เทคนิค Liquid media	20 200 300	18.) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	
16.4 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี 1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ 2) Real-time PCR MTB/XDR	700 700	20.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Screening test)	50
		20.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) HCV core antigen 2) HCV RNA (qualitative method)	400 1,690

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
19.) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์		20.) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
19.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน		ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)	150
19.1.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	40		
19.1.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดียว	80		
19.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50	21.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	
19.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	10	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	จ่ายในอัตราไม่เกิน 2,400
19.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60		
19.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800		
19.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด			
19.6.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,150		
19.6.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	350		

4. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568

(ตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
22.) บริการฝากรครภ์			
22.1 ค่าบริการดูแลการฝากรครภ์ (รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน)	360	23. บริการคัดกรองราลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และ บริการคัดกรองโรคซิฟิลิต	
22.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ		23.1 การคัดกรองราลัสซีเมีย	120
22.2.1 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิต , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุก รายการ)	600	23.2 บริการคัดกรองโรคซิฟิลิต	50
22.2.2 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิต, และ HIV	190	23.2.1 ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิต ด้วยวิธีการตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) หรือ	
22.3 ค่าบริการตรวจอัลตร้าซาวด์	400	23.2.2 การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagins (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)	
22.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาด สะอาดฟัน	500	23.3 บริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิต	100
		23.3.1 ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT	

4. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568

(ตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
24.) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด		25.) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค	
22.1 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายนอกอวัยวะ 8 ชั่วโมง ส่งตรวจระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามการการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	40	1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI)	20
22.2 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจอัตโนมัติ Total Cholesterol และ HDL ภายนอกอวัยวะ 8 ชั่วโมง	160	2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	20
		3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20
		4. วัคซีนป้องกันโรคไออกนชนิดไวรัสเซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์	20
		5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์	20

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล	
ขอบเขตบริการ	<p>1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</p> <p> 1.1) เจาะเลือดปั๊นซีรัมส่งตรวจคัดกรอง</p> <p> 1.2) การส่งซีรัมเพื่อตรวจคัดกรอง</p> <p> 1.3) ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test</p> <p>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</p> <p> กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการ ดาวน์ ดำเนินการ ดังนี้</p> <p> 2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <p> 1) การเจาะน้ำครรภ์ (Amniocentesis) <u>หรือ</u></p> <p> 2) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะตื้อ (Cordocentesis)</p> <p>2.2) ตรวจสอบสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโนไซม์ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการ ดาวน์</p>	<p>1. กรณีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้</p> <p> 1.1 ผลการตรวจ Quadruple test พบร่วมมีความเสี่ยงสูง</p> <p> 1.2 มีข้อบ่งชี้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ได้แก่</p> <p> 1.2.1 ผ่านการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโนไซม์ด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวก หรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติ ของโครโนไซม์ เช่น อัลตราซาวน์พบความผิดปกติ การตรวจ NIPT (Noninvasive Prenatal Testing) ให้ผลเสี่ยงสูง <u>หรือ</u></p> <p> 1.2.2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้ง แรกซ้ำ เกินกว่าที่ระบบการตรวจ Quadruple test จะได้ผลทันเวลาของ การวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่พบร่วมมีความเสี่ยงสูง เช่น หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์ <u>หรือ</u></p> <p> 1.2.3 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์</p>
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีค้ายาพในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping) - การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ 	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการด้านในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567 - 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</p> <ol style="list-style-type: none">ค่าเจาะเลือดปั๊นชีร์ม = 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าส่งชีร์มเพื่อไปตรวจ = 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าตรวจ Quadruple test = 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าตรวจโครโนไมโซมยืนยันหารกในครรภ์ จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าตรวจวินิจฉัยหารกในครรภ์ = 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์การยุติการตั้งครรภ์ เหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม/การออก รายงานการจ่าย	<p>เขต 1-12 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม NPRP</p> <p>เขต 13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform</p> <p>ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 2) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน 2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด 3. บริการใส่ห่วงอนามัย 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน 6. บริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา 	<ol style="list-style-type: none"> 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด <ol style="list-style-type: none"> 4.1 บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.2 บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 2) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการยาเม็ดคุณกำเนิดชนิดรับประทาน จ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผงและไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี</p> <p>1.1) ค่าบริการยาเม็ดคุณกำเนิดสำหรับยาเม็ดคุณกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 40 บ. /แผง</p> <p>1.2) ค่าบริการยาเม็ดคุณกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุณกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดียว จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 80 บ. /แผง ได้แก่</p> <p>1.2.1 หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน</p> <p>1.2.2 ผู้ที่มีประวัติไม่เกรนแบบมืออ่อน</p> <p>2. ค่าบริการยาฉีดคุณกำเนิด จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บ. ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี</p> <p>3. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ. ต่อครั้ง ต่อปี</p> <p>4. ค่าบริการฝังยาคุณกำเนิด (รวมค่าถอด) จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บ. ต่อครั้ง ทุก 3 ปี</p> <p>5. ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุณกำเนิดฉุกเฉิน จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 50 บ. /แผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี</p> <p>6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิน 10 ชิ้น/ครั้ง สำหรับหน่วยได้รับงบ PP-Capitation - จ่ายชิ้นละ 1 บ. ไม่เกิน 10 ชิ้นต่อครั้ง สำหรับหน่วยไม่ได้รับงบ PP-Capitation 	<p>4. บริการฝังยาคุณกำเนิด</p> <p>4.1 ค่าบริการฝังยาคุณกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,150 บาทต่อครั้ง</p> <p>4.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุณกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท</p>
โปรแกรม / การออก รายงาน	<p>เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 3) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขต บริการ	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีไดวิธีหนึ่งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 TB-LAMP 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.2.2 ตรวจหาเชื้อด้วยยา Rifampicin (ชนิดเดียว) 2.3 Real-time PCR MTB/MDR <ul style="list-style-type: none"> 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.3.1 ตรวจหาเชื้อด้วยยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) 2.4 Line Probe Assay (LPA) <ul style="list-style-type: none"> 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.4.2 ตรวจหาเชื้อด้วยยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) <p>3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อด้วยยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs</p> <p>4. หากตรวจพบผลด้วยยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคด้วยเลือกวิธีไดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) <p>5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)**</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีไดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid media - เทคนิค Liquid media
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 3) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 100 บาทต่อครั้งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>2. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคด้วย First - line drugs บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีไดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 TB-LAMP 200 บาทต่อครั้ง 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 500 บาทต่อครั้ง 2.3 Real-time PCR MTB/MDR 600 บาทต่อครั้ง 2.4 Line Probe Assay (LPA) 600 บาทต่อครั้ง <p>3. หากตรวจพบผลด้วย First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีไดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) <p>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีไดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid media 200 บาทต่อครั้ง - เทคนิค Liquid media 300 บาทต่อครั้ง 	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)</p>
โปรแกรม/การอกรายงาน	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub - อกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS 	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 4) บริการเคลื่อนฟลูออโรด์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงให้เป็นไปตามประกาศการจ่ายยาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจาก การรักษามะเร็งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยา.rักษาโรคทาง ระบบที่ส่งผล ให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงื่อกร่น ราก พื้นโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด	<p>1. ผู้มีอายุ 25 - 59 ปี กลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี</p> <p>2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ)</p>  <p>Adobe Acrobat Document</p>
ขอบเขตบริการ	บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลื่อนฟลูออโรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออโรด์วาร์นิช ที่มีปริมาณฟลูออโรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	ค่าบริการเคลื่อนฟลูออโรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออโรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออโรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
โปรแกรม/การออก รายงาน	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	(รายการผู้ต้องขัง) เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่าย ผ่านโปรแกรม KTB

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 5) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5) ผู้ต้องขัง (Prisoner) 	
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี <ul style="list-style-type: none"> 1.1 ประชาชนไทยที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นผลบวก 	<ul style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti- HCV <ul style="list-style-type: none"> 1.1 สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 1.3 สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แกรรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 2.ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี 	

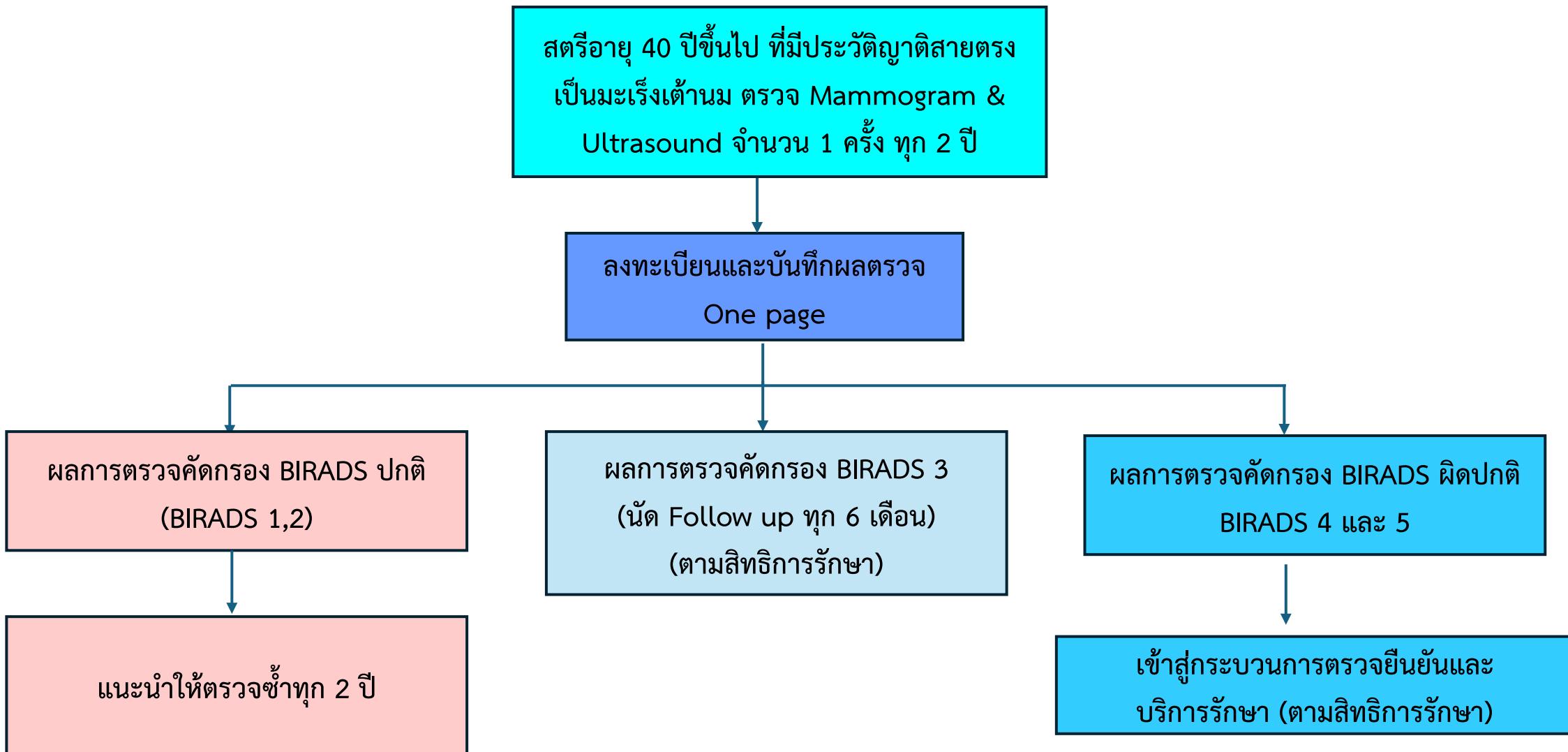
รายการที่เปลี่ยนแปลง : 5) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ</p> <p> 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน</p> <p> 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี</p> <p>2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีการไดวิธีการหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี</p> <p> 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง</p> <p> 2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง</p>	
โปรแกรม	<p>1. ตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /NAP (กลุ่มเสี่ยง)</p> <p>2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim/NAP (กลุ่มเสี่ยง)</p>	

รายการใหม่ : 6) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการค้นหาคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง (ลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขตาม แนวทาง/ หลักเกณฑ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์)</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ 1 ครั้งทุก 2 ปี</p>
หน่วยบริการ	<p>เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการใน 2 กิจกรรม ดังนี้</p> <p>1. บริการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์</p>
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ อัตราไม่เกิน 2,400 บาท/ ครั้ง/ 2 ปี
โปรแกรม/การออกรายงาน	บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim / FDH (รัฐในสังกัด สป.สธ.)

Flow การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้า และอัลตราซาวด์



แบบฟอร์มลงทะเบียน One page

แบบลงโทษเป็นบริการตรวจการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย แม่เหล็กไฟฟ้า และ อัลตราซาวด์ ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง
สำหรับสตรีไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป

ชื่อหน่วยบริการ*		รหัสหน่วยบริการ*	
1. ส่วนของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง ที่มีความเสี่ยงสูง บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้			
ชื่อผู้รับบริการ*	นามสกุล*	วัน/เดือน/ปีเกิด*	อายุ* ปี
PID <input type="text"/>	เพศ* [] หญิง <input checked="" type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หนุ่ม <input type="checkbox"/> HN*		
คุณสมบัติของผู้รับบริการและข้อบ่งชี้		ใช่	ไม่ใช่
■ ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้			
1) มีประวัติครอบครัว ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม *		[]	[]
วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจคัดกรองด้วย <u> mammogram </u> *			
2. ส่วนของประวัติ ญาติสายตรง ที่เป็นมะเร็งเต้านม บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้			
ชื่อญาติสายตรง*	นามสกุล*	วัน/เดือน/ปี เกิด *	อายุ * ปี
PID <input type="text"/>	เพศ* [] ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> HN*		
■ ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสหน่วยบริการ.....			
3. รายละเอียดของแพทย์ที่ได้คำวินิจฉัยของผู้รับบริการ			
■ ผลการตรวจคัดกรอง BIRADS * <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
แพทย์ผู้รักษา*	เลขที่ประกาศนียบัตรเวชกรรม*		
ความเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ			

รายการใหม่ : 7) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ Urine OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.2 เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 1.3 มีประวัติการกินปล่าน้ำจีดสุกๆ ดิบๆ
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)
หน่วยบริการ	<p>หน่วยนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะได้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere (รองรับการนัดตรวจอัตโนมัติ) - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>ค่าบริการค่าบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ</p> <p>เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)</p>
โปรแกรม/การออก รายงาน	<p>ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB</p> <p>ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>

8) บริการฝากครรภ์ : รายการปรับปรุงตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการฝากครรภ์ กิจกรรมบริการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขต ของบริการสาธารณสุข (โดยค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ รวมยาเสริมราตุเหล็ก กรณีโพลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรกครบทุกรายการประกอบด้วย: การตรวจ VDRL , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screen และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)</p> <p>3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สองประกอบด้วย: การตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด</p> <p>4. บริการตรวจอัลตราซาวน์ จำนวน 1 ครั้ง</p> <p>5. บริการตรวจสุขภาพซ่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้</p>	<p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรกครบทุกรายการประกอบด้วย: การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิติส , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screen และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)</p> <p>3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สองประกอบด้วย: การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิติส และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	

8) บริการฝากครรภ์ : รายการปรับปรุงตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครรภ์</p> <p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวน์</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ➤ เขต 13 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ Ultrasound ไม่เกิน 2 ครั้ง: การตั้งครรภ์ (ครรภ์ที่ 2 ระยะใกล้คลอด เฉพาะรพ.) จ่ายอัตรา 400 บาท: ครรภ์ (*เป็นไปตามประกาศของ กทม.) <p>5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อการตั้งครรภ์</p> <p>***กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียว กับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป”</p>	<p>1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครรภ์ รวมถึงค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา</p>
โปรแกรม	<p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p>	

9) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิต : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย 1 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> บริการตรวจโรคซิฟิลิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ตรวจ VDRL ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิตด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagins (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) <ul style="list-style-type: none"> - กรณีการตรวจด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT (ข้อ1) รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นลบ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3) - กรณีการตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

9) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิตส์ รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิตส์ 2.1 วิธี VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 2.2 วิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL [*] ผิดปกติ จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง	1) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิตส์ ด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ (RDT) จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 2) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิตส์ ด้วยวิธี RPR หรือ VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 3) ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม/การ ออกรายงาน การจ่าย	เขต 1-12 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่าย [*] ผ่านโปรแกรม NPRP เขต 13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่าย [*] ผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกขอรับ [*] ค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง

10) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) ผู้มีอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน)
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ 15-34 ปี บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายนอกอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยง บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจ Total Cholesterol และ HDL ภายนอกอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ) 	<ol style="list-style-type: none"> ยกเลิกรายการข้อ 1-2 (จ่ายชดเชยรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว) ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายนอกอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) จำนวน 1 ครั้งต่อปี บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจ Total Cholesterol และ HDL ภายนอกอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	

10) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. อายุ 15- 34 ปี</p> <p>➤ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาจ่ายอัตรา 100 บาท ต่อครั้ง ต่อปี</p> <p>2. อายุ 35- 59 ปี</p> <p>➤ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ต่อปี</p> <p>➤ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจอัตราดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี</p> <p>3. อายุ 45- 70 ปี</p> <p>➤ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</p> <p>4. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>➤ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</p>	<p>1. อายุ 35- 59 ปี</p> <p>➤ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจอัตราดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี</p> <p>2. อายุ 45- 70 ปี</p> <p>➤ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</p> <p>3. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>➤ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</p>
โปรแกรม/การออก รายงาน	<p>เขต 1-12 : ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>	

11) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	
ขอบเขตบริการ	บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI) 2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ 3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มเติม กลุ่มผู้ต้องขัง 	บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI) 2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ 3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มเติม กลุ่มผู้ต้องขัง 4. วัคซีนป้องกันโรคไออกนชนิดไวร์เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์ 5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์
หน่วยบริการ	บริการหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีน จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อโดส	ค่าบริการฉีดวัคซีน จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อโดส
โปรแกรม/การออกรายงาน	เขต 1-12 บันทึกข้อมูลผ่าน Moph Claim เขต 13 : บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการซึ่งแจ้งแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง

รายการ PPFS ที่เงื่อนไขไม่เปลี่ยนแปลง



1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สังสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สังสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง บริการไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี จ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

2. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองราลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ<ul style="list-style-type: none">- Hb typing- Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemiaการทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND<ul style="list-style-type: none">- การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือ- Amniocentesis หรือ- Cordocentesisการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในการเป็นโรคราลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis<ol style="list-style-type: none">1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ2) ตรวจ Hb typing
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

2. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none">ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ<ul style="list-style-type: none">- Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน- Alpha – thalassemia 1 จ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน และ/หรือ- Beta thalassemia mutation จ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อคนตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ตรวจสิ่งตรวจเพื่อวินิจฉัยหารกในครรภ์<ul style="list-style-type: none">- DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์- Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ ป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางราลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB

3. การคัดกรองราลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคราลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองราลัสซีเมียได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคราลัสซีเมีย หมายจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองราลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB

4. การตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 บริการตรวจหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน 1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด 1.3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด <p>2. บริการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก กรณีไฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 3 ครั้งในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังคลอดระหว่างวันที่ 1-7 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 <p>2. ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรณีไฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด ในอัตรา 135 บาท/ครั้ง</p>
โปรแกรม	<p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p>

5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 และเด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none">ค่าตรวจคัดกรอง TSH รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคนค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH จ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH

6. การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 1 เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือ ทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน/ประเมินความผิดปกติ
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH

7. บริการแวนตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการแวนตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ</p> <p>1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน</p> <p>1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแวนตา โดยจักษุแพทย์</p> <p>1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแวนตาครบ 6 เดือน</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแวนตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแวน รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแวนตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <p>เขต 1-12 :</p> <ol style="list-style-type: none"> เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 800 บาทต่อคนต่อปี เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแวนตา จ่ายแบบเหมาจ่ายใน อัตรา 1000 บาทต่อคนต่อปี <p>เขต 13 : ค่าบริการตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตาและสั่งตัดแวนตา โดยจักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร เพื่อวินิจฉัย หมายจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้งต่อปี</p>
โปรแกรม	<p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13: โปรแกรม KTB</p>

8. บริการคัดกรองรอยโรคเลี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปากในการณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยาแจ้งผลการตรวจ และติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเลี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

9. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคุณอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี
ขอบเขตบริการ	<p>1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง</p> <p>2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด</p> <p>3. กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ</p> <p>3.1 ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และ หรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</p> <p>3.2 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling)</p> <p>4. กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ</p> <p>4.1 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</p> <p>4.2 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผล การตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

9. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	1. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA 2. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self sampling) - บริการเก็บตัวอย่าง - กรณีใช้น้ำยาตรวจนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other Type) - กรณีใช้น้ำยาตรวจนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป HPV High Risk 3. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology 4. บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 5. ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำ ด้วยวิธี Pap Smear ภายใน 1 ปี หลังผลการตรวจ Liquid based cytology ผลเป็นลบ	เหมาจ่ายอัตรา 250 บาท/ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง เหมาจ่ายอัตรา 280 บาท/ครั้ง HPV 14 type fully เหมาจ่ายอัตรา 370 บาท/ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform	

10. บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยืนกลายพันธุ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยืนกลายพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวที่ตรวจพบยืนกลายพันธุ์ โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย PPFS 2567 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ หน่วยตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ตรวจยืนยัน และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ <u>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</u> หน่วยตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2: <u>เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่กำหนด)</u>

10. บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยืนกลายพันธุ์ (ต่อ)



หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ทุกสิทธิ การรักษาพยาบาลในอัตรา 500 บาท</p> <p>2. ค่าบริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2</p> <p>2.1 ค่าบริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท</p> <p>2.2 ค่าบริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติ ของยืนยัน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท</p>
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 2.ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

12. บริการคัดกรองโลหิตจาก การขาดร้าตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➤ เขต 13 : เด็กแรกเกิด - 12 ปี และ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน ➤ เขต 13 : <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดร้าตุเหล็ก 1 ครั้งต่อช่วงอายุ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ช่วงอายุแรกเกิด - 2 ปี - ช่วงอายุ 3 - 6 ปี - ช่วงอายุ 7 - 12 ปี - ช่วงอายุ 13 - 24 ปี (เฉพาะผู้หญิง) 2. ตรวจคัดกรองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 เจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือ 2.2 เจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดร้าตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาท/คน ➤ เขต 13 : <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าเจาะ Hct จ่ายในอัตรา 35 บาทต่อช่วงอายุ 2. ค่าเจาะ CBC จ่ายในอัตรา 65 บาทต่อช่วงอายุ
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

13.บริการยาเม็ดเสริมรاثาตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➤ เขต 13: เด็กแรกเกิด - 12 ปี และผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : บริการยาเม็ดเสริมรاثาตุเหล็กและกรดโพลิก (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) ➤ เขต 13: บริการยาเสริมรاثาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดรاثาตุเหล็ก <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 2 เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด < 2,500 กรัม - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี - เด็กอายุ 2-5 ปี - เด็กอายุ 6-12 ปี - กลุ่มผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ได้รับรاثาตุเหล็ก และกรดโพลิก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดรاثาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เขต 1-12 : ค่าบริการยาเม็ดเสริมรاثาตุเหล็กและกรดโพลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี ➤ เขต 13 : ค่าบริการยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมรاثาตุเหล็ก เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี <ol style="list-style-type: none"> 1. ในเด็ก สามารถรับประทานได้ อย่างน้อย 3 เดือน 2. ผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี
โปรแกรม	<ul style="list-style-type: none"> เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

14. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา
ขอบเขตบริการ	<p>ให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างได้อย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 วิธีการใช้ยา米非利斯通และไมโซพรอส托ลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ระบบอุดสูญญาณ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ - การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)
หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ 2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา米非利斯通และไมโซพรอส托ลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการใช้ยา米非利斯通และไมโซพรอส托ลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน(Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้ระบบอุดสูญญาณ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย

คำแนะนำการยุติการตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้หญิงจะได้รับสิทธิให้ทำแท้งถูกต้องตามกฎหมาย ดังนี้



- 1 จำเป็นต้องกระทำการใดๆ ที่เกิดจากหูเสียหาย ที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้ หรือฟื้นฟูได้แต่เพียงบางส่วน ไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างเดิมต่อไปได้ ไม่ว่าสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ หรือไม่
- 2 จำเป็นต้องกระทำการใดๆ ที่เกิดจากหูเสียหาย ที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้ หรือฟื้นฟูได้แต่เพียงบางส่วน ไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างเดิมต่อไปได้ ไม่ว่าสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ หรือไม่
- 3 หูเสียหาย ไม่สามารถฟื้นฟูได้ ไม่ว่าสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ หรือไม่
- 4 หูเสียหาย ไม่สามารถฟื้นฟูได้ ไม่ว่าสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ หรือไม่
- 5 หูเสียหาย ไม่สามารถฟื้นฟูได้ ไม่ว่าสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ หรือไม่

15. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB

16. บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)

1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจด้วยตนเอง สมัครใจ เป็นความลับ Normalize HIV 2. ให้มีระบบการเฝ้าระวังตนเองและลดการแพร่กระจายเชื้อและเข้าสู่ระบบการป้องกันและรักษาเร็วขึ้น 3. ลดภาระเจ้าหน้าที่และลดความแออัดในโรงพยาบาล
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง 1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ 1.2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน 1.3 หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) 1.4 หน่วยรับส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ 1.5 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คลินิกพยาบาล) 1.6 หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) 1.7 หน่วยรับส่งต่อทั่วไป 1.8 หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR ,HTC ,CSO ,PrEP/PEP
4. ขอบเขตบริการ	บริการ ค่าชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST รวมค่าบริการให้คำปรึกษา
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราการชดเชย	อัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน
6. การบันทึกข้อมูล	Krungthai Digital Health Platform

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14รายการ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สิทธิประกันสังคมผู้ประกันตน (รวมถึงผู้ประกันตนที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย)
ขอบเขตบริการ	บริการตามรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 14 รายการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	จ่ายตามรายการ 14 รายการ และอัตราจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS : ระบุหมายเหตุ : ชดเชยจากกองทุนประกันสังคม

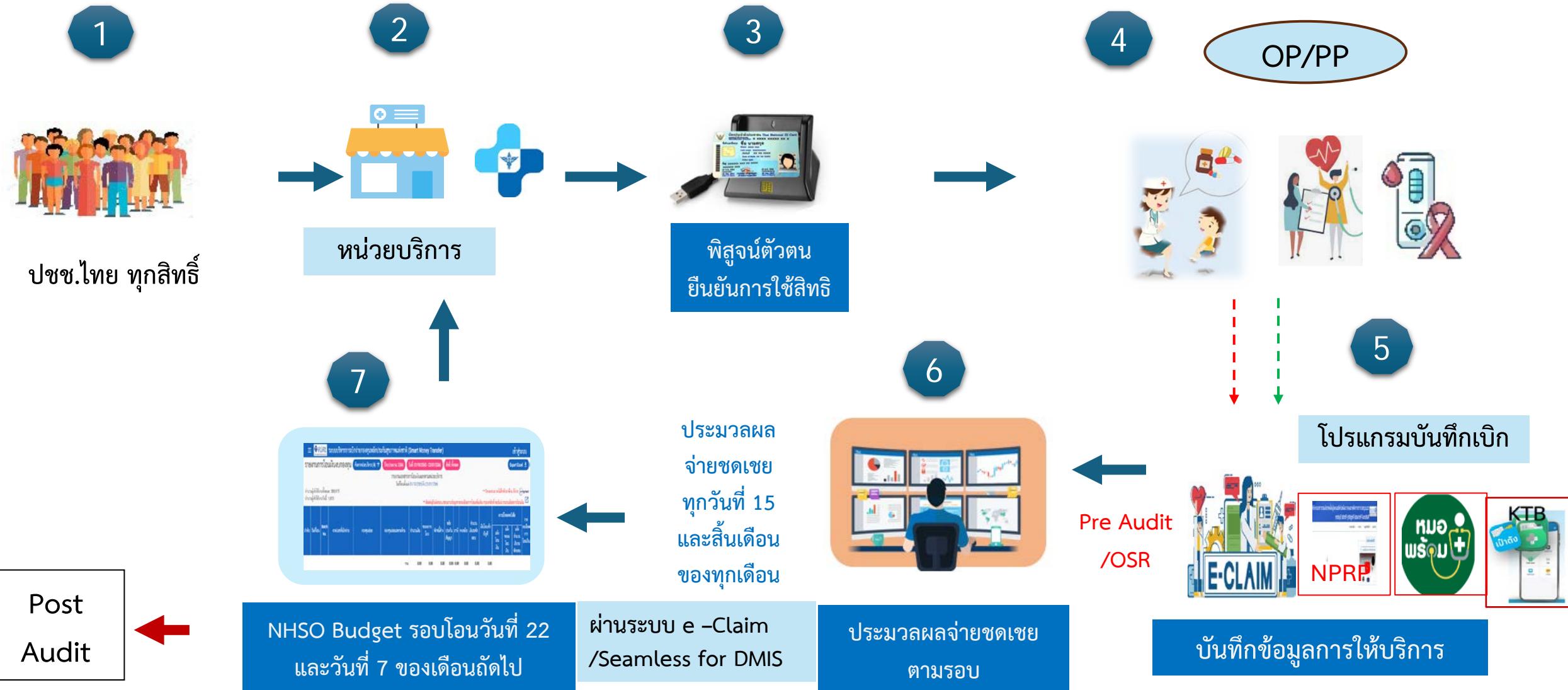
รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14 รายการ)

ลำดับ	รายการ	อายุ	ความถี่	อัตรา (บาท)	กองทุน
1	การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
2	การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30 – 39 ปี	ทุก 2 ปี	50	สปส.
		40 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
3	การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์ เพื่อคัดกรองความผิดปกติและคันหน้าโรคทางสายตา	40 – 54 ปี	ทุก 2 ปี	50	สปส.
		55 ปีขึ้นไป	ทุก 1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
4	การตรวจปัสสาวะ Urine Analysis	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
5	การทำงานของไต Creatinine และ eGFR	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
6	การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	15 ปีขึ้นไป	ทุก 3 ปี	170	สปส.

หมายเหตุ : ลำดับที่ 1- 6 เป็นรายการที่ สปสช. ไม่ได้กำหนดไว้ ใช้ได้เฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น
 ลำดับที่ 7- 14 เป็นรายการที่ สปสช. กำหนดไว้ตรงกับ สำนักงานประกันสังคม ใช้ได้ทั้งผู้ประกันตน และผู้มีสิทธิ UC

ลำดับ	รายการ	อายุ	ความถี่	อัตรา (บาท)	กองทุน
7	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง Fit test	50 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	60	สปสช.,สปส.
8	น้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	40	สปส.
		35 – 59 ปี	1 ครั้ง/ปี	40	สปสช.
9	เชื้อไวรัสตับอักเสบ HBsAg พ.ศ. 2535	สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535	1 ครั้ง	50	สปสช.
		10. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	13 – 24 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65
		25 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปส
		35 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	65	สปส
		15 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปส
		35 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	65	สปส
11.	ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	20 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	160	สปส
		35 – 44 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปส
		45 – 70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปสช
		ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปส
12.	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test หรือ	30 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	330 / 420 บาท	สปสช
13	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear หรือ	30 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ 3 ปี	250	สปสช.
14	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย วิธี VIA	30 – 54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	250	สปส

กระบวนการให้บริการ





หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ค่าบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น





“การจัดการธุกรรมการเบิกจ่าย
และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิ์อื่น”



ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : กองทุนโอนเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)	สถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่ง	กรมบัญชีกลาง
ประกันสังคม	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สำนักงาน ประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	กรุงเทพมหานคร
บุคลากรสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิ จ่ายตรง)	สพฉ.
บุคลากร สปสช.	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิ จ่ายตรง)	สปสช.
องค์การขนส่งมวลชน กรุงเทพ	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	องค์การขนส่งมวลชน กรุงเทพ

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
อปท.	-สถานพยาบาลของรัฐ -รพสต.ที่เข้าระบบเบิกจ่ายตรง -รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สปสช.

3. รับฟังงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

- ❖ สิทธิข้าราชการ
- ❖ สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- ❖ สิทธิกรุงเทพมหานคร
- ❖ สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ❖ สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- ❖ สิทธิองค์กรขนส่งมวลชนกรุงเทพ

2. สิทธิประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

3. ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด

- ❖ สิทธิผู้พิการประกันสังคม (เลือกใช้สิทธิ UC)

โปรแกรมที่ใช้ในการเบิกจ่าย

กรณี	โปรแกรม
1. ตรวจสอบสิทธิ และการขอเลขอนุมัติ	ERM, NHSO Client
2. การจัดทำบัญชีรายการยา	โปรแกรม Drug Catalog
3. การจัดทำบัญชีรายการยาLAB	โปรแกรม LAB Catalog(เฉพาะ BKK,OFC)
4. ขออนุมัติใช้ยาราคาแพง	โปรแกรม PA เฉพาะสิทธิ อปท./ข้าราชการ/กทม/สปสช. (ยาที่ค่าใช้จ่ายสูงให้ผู้เขียวชาญ ตรวจสอบก่อน)
5. ระบบเบิกจ่ายตรง	โปรแกรม NEW e-Claim หน้าเว็บ eclaim online (ตรวจสอบSTM,ใบคำขอเบิก)
6. การฟอกเลือดล้างไต	LGO/BKK/BMT :: โปรแกรม DMIS_HD OFC :: โปรแกรมของ สกส.
7. นัดผ่าตัดล่วงหน้า	Elective case (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญา กกม.)

การตรวจสอบการโอนเงิน

อปท./ สปสช./
ผู้ประกันตนคนพิการ

- ระบบบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Smart Money Transfer)
- <https://smt.nhso.go.th/smtf/#/home/budget/summar>

ข้าราชการ
กรมบัญชีกลาง

- <https://mbdb.cgd.go.th/hospital/login.jsf>
- โทรศัพท์ 02 127 7000

ข้าราชการ
กรุงเทพมหานคร

- <https://mpay.bangkok.go.th/frontend/web/index.php>
- โทรศัพท์ 0 2225 2360

ประกันสังคม

- สำนักงานประกันสังคม
- โทรศัพท์ 02 956 2291

ขมสก

- สำนักบัญชีและกองทุนกลาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
- โทรศัพท์ 02 246 0339 ต่อ 1313 1305

สพฉ.

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
- 091 576 1877

เงื่อนไข ปี 2567 ตามประกาศกรมบัญชีกลาง

เรื่อง	ประกาศ
1. การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขนาดสูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 1 และระยะที่ 1 เพิ่มเติม (เฉพาะสิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง)	- เงื่อนไขตาม ว365 และ ว429  Adobe Acrobat Document  Adobe Acrobat Document
2. การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขนาดสูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 2 (เฉพาะสิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง)	- เงื่อนไขตาม ว600  Adobe Acrobat Document

ระบบลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบก่อนอนุมัติการเบิกจ่าย สำหรับยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

โปรแกรม	Link
โปรแกรมยา OCPA	https://mra.or.th/ocpa/index.php
โปรแกรมยา RDPA DDPA	https://mra.or.th/rdpa/index.php
โปรแกรมยา NITP	https://mra.or.th/nitp/index.php
โปรแกรมยา OCPAOLDCASE	https://mra.or.th/ocpaoldcase/index.php
โปรแกรมยา BIOLOGIC AGENTS	https://mra.or.th/biologic/index.php

ช่องทางการติดต่อ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป

E-Mail : ocpa@mra.or.th (โปรแกรม OCPA และ OCPAOLDCASE)

E-mail : biologic@mra.or.th (โปรแกรม RDPA DDPA, BIOLOGIC AGENTS และ NITP)

เบอร์ : 080-0801651 , 080-0801615

ที่อยู่ : สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เลขที่ 1025 อาคารยาคูลท์
ชั้น 2 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กทม.10400



ไม่มีเปลี่ยนแปลงจากปี 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข
ตามระเบียบของกระทรวงการคลัง
สิทธิ อปท/ข้าราชการ/
กทม/ขสมก/สพฉ/สปสช.

ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีผู้ป่วยใน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข		1. เป็นการรักษากรณีผู้ป่วยในทั่วไปทุกกรณี 2. กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ปรับลดตามกลุ่ม CCUF และจ่าย Add on ค่า أيامะเร็งตามที่ สถานพยาบาลบันทึกเบิก 3. รายการจ่าย Add on (ตามประกาศกรมบัญชีกลาง) 3.1 ค่าห้องค่าอาหาร/อวัยวะเทียม จ่ายตามรหัส และไม่เกินเพดานราคากำหนด 3.2 ค่ายาตามรายการที่กำหนด จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ยกเว้นยานบางรายการที่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด เช่น ยาราคาแพงที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา 3.3 ค่ารถ Refer *เฉพาะสิทธิ ขสมก.* ค่าห้องและค่าอาหาร บันทึกรหัส 90010 ผู้มีสิทธิ(สิทธิตัวเอง) วันละ 1,200 บาท /บันทึกรหัส 90020 บุคคลในครอบครัว วันละ 800 บาท	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตาม DRGs V.6.3.4 (Base Rate ของแต่ละสถานพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
การจ่ายขาดชดเชย		สิทธิ อปท. จ่ายตาม REP (จ พ ศ)	คงเดิม
		สิทธิ สพฉ./สิทธิ จนท. สปสช ออก STM ทุกวันที่ 20 ไม่ต้องทำใบคำขอเบิก สิทธิ ข้าราชการ/กทม./ขสมก. ออก STM ทุกวันที่ 20 จัดทำใบคำขอเบิก หลังออก STM	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีผู้ป่วยนอก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> การเจ็บป่วยทุกรณี (ไม่รวมการเสริมความงาม) หมวดที่กำหนดรหัส และมีเพดานจ่าย จ่ายตามรหัส ไม่เกินเพดานราคากำหนด ได้แก่ หมวด 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13 และ 15 หมวด 5 เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช้ยา กรณีใช้ใน รพ.จ่ายตามที่เรียกเก็บ กรณีนำกลับบ้านจ่ายตามรหัส และไม่เกินเพดานที่กำหนด หมวดที่ไม่ได้กำหนดรหัส และราคาจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หมวด 3,4,14 กรณีเบิกหมวด 15 และมีการเบิกรายการหมวด 12 ร่วมด้วย เป็นจำนวนเงิน 50 บาท แสดงยอดจ่าย = 0 บาท รายการแพง ขออนุมัติก่อนการใช้ยา ตามรายการที่ประกาศ ตรวจสอบรหัสโรคที่กำหนด 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Fee for service) หรือตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	สิทธิ อปท. จ่ายตาม REP (จ พ ศ) สิทธิ สพฉ./สิทธิ จนท. สปสช ออก STM ทุก 15 วัน ไม่ต้องทำใบคำขอเบิก สิทธิ ข้าราชการ/กทม./ขสมก. ออก STM ทุก 15 วัน จัดทำใบคำขอเบิก หลังออก STM	คงเดิม

ระยะเวลาการส่งข้อมูลและการคิดล่าช้า

1. กรณี ผู้ป่วยนอก ให้ส่งเบิกภาระในระยะเวลา 1 ปี หากเกินกำหนด ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก
2. กรณีผู้ป่วยใน ให้ส่งเบิกภาระใน 30 วัน นับจากวันที่จำหน่าย โดยกรณีส่งข้อมูลล่าช้าจะปรับอัตราจ่าย ดังนี้

สิทธิ ครก/กทม/ขสมก/สพฉ/สปสช.

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน

1. ส่งข้อมูลภาระใน 90 วัน นับจากวันจำหน่าย
2. กรณีส่งข้อมูลล่าช้าปรับลดลง ได้ดังนี้
 - 2.1 ส่งข้อมูลเกิน 90 วัน ถึง 1 ปี ของวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10
 - 2.2 ส่งข้อมูลเกิน 1 ปี หลังจากวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20
(ต้องทำความตกลงกับเจ้าสังกัดเป็นรายกรณี)

สิทธิ ปกส. 2 ปี นับจากวันบริการ

สิทธิ อปท.

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน สิทธิ อปท.

- ส่งข้อมูลภาระในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่จำหน่าย
 - 1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95
 - 2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90
 - 3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80
 - 4) ส่งช้ากว่ากำหนดเกิน 1 ปี ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิก

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีกลุ่มยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. ทั้ง OP และ IP</p> <p>2. กลุ่มยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) - ยารักษาโรครูมาติก (RDPA) - ยารักษาโรคสะเก็ดเงิน (DDPA) - ยาในผู้ป่วยภาวะม่านตาอักเสบ (Uveitis) - ยารักษาโรคในกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease : IBD) - กลุ่มโรคนิวโรเมียอลิยติส ออฟติกา (biologic Agents) - กลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (NITP) <p>3. ตรวจสอบรหัส ICD10 แต่ละโรค ตามประกาศกรมบัญชีกลาง</p> <p>4. กรณีไม่มีเลข PA หรือเลข PA ไม่ตรง ติด C474</p> <p><u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u> : กรณียาราคาแพงให้สำรองจ่าย และเบิกต้นสังกัดเท่านั้น</p>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	OP จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หรือตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด IP จ่าย on top ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หรือตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีการพักรอ จำหน่าย	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. IP 2. กรณีผู้ป่วยในต้องทำการจำหน่ายผู้ป่วยก่อน และขอเลขอนุญาตใหม่ 3. Project code HOSPIC	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหมาจ่ายวันละ 400 บาท + ค่ายา + ค่าตรวจในหมวด 7,8,9	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีเจ็บป่วยจาก การปฏิบัติ ราชการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. IP 2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ =INJDTO 3. ต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Free for service)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
รายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. OP และ IP 2. ตรวจสอบรหัส ICD9 ตามข้อบ่งชี้อุปกรณ์ รายละเอียดตามไฟล์แนบ กรณีการเบิกอุปกรณ์ไม่ตรงตาม ICD9 ที่กำหนด ติด Deny I04 3. ตรวจสอบจำนวนขึ้นจ่าย ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด กรณีเบิกเกินจำนวนขึ้นที่กำหนด ติด Deny I05	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามรหัส และราคาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 484 ลง 21 ธันวาคม 2560 ว 1207 ลง 28 กันยายน 2565	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีผู้ประสบภัย จากรถ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. OP และ IP</p> <p>2. สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อน ตามจำนวนเงินที่ใช้จริง และไม่เกินวงเงินที่ พรบ.คุ้มครอง <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u></p> <p>ตามข้อตกลงของ ขสมก. กรณีการเบิกใช้สิทธิเบิกค่ารักษากรณีมีประกัน /พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกที่หน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากตามข้อตกลง ขสมก. ต้องตรวจสอบก่อนจ่ายกรณีอุบัติเหตุแบบ มีคู่กรณี (ให้เบิกด้วยใบเสร็จ ไม่ให้เบิกจ่ายตรง)</p>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	บันทึกจำนวนเงินที่เบิก จาก พรบ. ในช่อง พรบ. หน้าค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรม e-Claim	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 82 ลา 25 สิงหาคม 2543	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีเด็กแรกเกิด	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. ทั้ง OP และ IP 2. ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client โดยใช้ - กรณีเด็กยังไม่มีเลขบัตรประชาชน ให้ใช้เลขบัตรของบิดา หรือมารดา (เลขบัตรของผู้มีสิทธิ) และ HN ของเด็ก - กรณีเด็กมีเลขบัตรประชาชนแล้ว ใช้ PID HN ของเด็ก 3. บันทึกรหัสโครงการพิเศษโครงการพิเศษ = Z38000 4. ตรวจสอบ อายุ 0-28 วัน 5. แยกเบิกจากแม่	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามหลักเกณฑ์ผู้ป่วยใน (จ่ายตาม DRGs x Base Rate ของสถานพยาบาล)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 327 ลง 13 กันยายน 2556	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การตรวจสุขภาพประจำปี	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. รับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 2. เบิกจ่ายตรงได้เฉพาะสิทธิ อปท. เท่านั้น (สิทธิอื่นเบิกจ่ายตรงไม่ได้)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./สพล./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานราคากำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 177 ลง 24 พฤศจิกายน 2549	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่าพาหนะส่งต่อ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. จำนวนระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทางตามระยะทางกรมทางหลวง (ตามสิทธิ UC) 2. ปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) 3. จ่าย Ontop = 500+ อัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) $\times 2 \times 4$	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่าย Ontop DRGs	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 76 ลง 29 กุมภาพันธ์ 2555	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การปลูกถ่าย อวัยวะจากผู้ บริจาคที่เสียชีวิต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. ปลูกถ่ายได้เฉพาะกรณีต้อง ตับ ตับอ่อน ปอด และหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกเท่านั้น 2. เปิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง เท่านั้น 3. การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูล ให้เบิกค่าใช้จ่ายค่าเตรียม และผ่าตัดนำ อวัยวะออกจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต พร้อมกับผู้รับบริจาค โดยบันทึกในหมวดรายการอุปกรณ์ 4. บันทึกรหัสโรค หัตถการ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 5. กรณีปลูกถ่ายได้มีผลบังคับใช้กับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 เป็นต้นไป ส่วนกรณีตับ ตับอ่อน ปอด และหัวใจ มีผลบังคับใช้กับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 1 ก.พ. 2566	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน (DRGs)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
อ้างอิงประกาศ		ว 12 ลง 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การปลูกถ่าย อวัยวะจากผู้ บริจาคที่ยังมีชีวิต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปิกได้ในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น 2. กรณีผู้บริจาคเป็นสิทธิอื่น ให้แยกเบิกค่าใช้จ่าย โดยบันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD ในโปรแกรม e-Claim 3. การเบิกค่าวัสดุลินเปลี่ยนทางการแพทย์ ในกรณีที่การผ่าตัดอวัยวะ ออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง ให้เบิกเหมาร่วมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุลินเปลี่ยนในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก 4. จ่ายค่าห้องตามเงื่อนไขปกติ 5. บันทึกรหัสroc หัตถการตามที่กำหนด 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน(DRGs)/ผู้ป่วยนอกทั่วไป	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 12 ลง 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การเบิกส่วนต่าง กรณีเป็นผู้มีสิทธิ ประกันสังคม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>กรณีค่ารักษาส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม ให้เบิกส่วนต่างเฉพาะกรณี ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> คลอดบุตร เบิกส่วนเกิน 15,000 บาท บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSOBS ค่าล้างไต (ส่วนเกิน 1,500 บาท) บันทึกรหัสโครงการพิเศษ HD3995 การเบิก vascular access ชั้นภายใน 2 ปี บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC ทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ชุดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC สิทธิ กทม. รพ.เอกชน เบิกได้เฉพาะ OP และ รพ.ที่ทำสัญญา กทม./สิทธิ ขสมก.เบิกได้เฉพาะ รพ.รัฐ 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพจ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> คลอดบุตร จ่ายตามระบบ DRGs (จ่ายตามที่คำนวณ DRG และหักจากส่วนที่เบิกจากสิทธิอื่น ออกก่อนจ่ายชดเชย) ค่าล้างไต จ่ายเฉพาะส่วนต่างค่าฟอกเลือดล้างไตครั้งละ 500 บาท รายการอื่นๆ ไม่จ่าย vascular access/ค่าอุดฟัน ชุดหินปูน และถอนฟัน เบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บไม่เกินอัตราการจ่ายของกรมบัญชีกลาง 	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 83 ลา 20 มีนาคม 2550 , ว 402 ลา 19 พฤศจิกายน 2550	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	สิทธิ อปท./สิทธิ กทม./สิทธิ ขสมก. เปิกผ่านโปรแกรม DMIS HD สิทธิข้าราชการ เปิกผ่านโปรแกรมของ สกส.	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน (DRGs) <u>ยกเว้นกรณีที่รับผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 35 วัน ให้เบิกค่าฟอกเลือดแยกจาก DRGs โดยให้แยกเบิกในโปรแกรมที่กำหนด</u>	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS HD	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีนอนนาน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บันทึกเบิกเป็นผู้ป่วยใน 2. ผู้ป่วยที่จำหน่ายตั้งแต่ 1 ม.ค.59 เป็นต้นไป 3. หากเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 270 วันให้ รพ.ดำเนินการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยดำเนินการ ประเมินเป็นการจำหน่ายออกจาก รพ. และการรักษาภายหลังจากนั้นให้ถือประเมินว่าเป็นการรับเป็น ผู้ป่วยใหม่ 4. ผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 365 วัน ที่จำหน่ายตั้งแต่ 1 เม.ย.2559 เป็นต้นไป ไม่ถือเป็น case ORS	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพช./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG * Base Rate	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 182 ลง 29 เมษายน 2559	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การนัดผ่าตัด ล่วงหน้า (Elective case)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บันทึกเบิกเป็น ผู้ป่วยในเท่านั้น 2. เป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานครเท่านั้น 3. ประเภทบริการ (หัตถการ) ตามที่ระบุในสัญญา 4. บันทึกในโปรแกรม Elective case	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. อัตราจ่าย RW x 11,064 (Fix rate) 2. รายการจ่าย on top DRGs - ค่าห้อง ค่าอาหารตามอัตราที่กำหนด - ค่าอุปกรณ์ตามรายการและอัตราที่กำหนด 3. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ส่วนเกินที่ผู้มีสิทธิต้องชำระเงินเอง / กรณีค่าธรรมเนียมแพทย์ตามรายการและอัตราที่ตกลงในสัญญา)	คงเดิม
	โปรแกรม	Elective case	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 371 ลา 1 ตุลาคม 2558 , ว 1293 ลา 29 ธันวาคม 2564	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีไตวายเรื้อรัง (Chronic disease)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. กรณีที่ผู้มีสิทธิเป็นสิทธิประกันสังคมตนเอง และอาศัยสิทธิจากสิทธิข้าราชการ/สิทธิ อปท./กทม.ให้สามารถเบิกส่วนต่างค่าฟอกเลือกได้ 500 บาท 2. กรณีที่เครื่องฟอกไตของสถานพยาบาลรัฐไม่เพียงพอให้ ส่งตัวไปเข้ารับบริการ ในรพ.เอกชน โดยบันทึกการส่งต่อผ่านระบบโปรแกรม DMIS HD 3. สถานพยาบาลเอกชนที่รับการส่งต่อ สามารถให้บริการฟอกเลือด ตรวจ LAB และเบิกยาผ่านระบบโปรแกรม DMIS HD ได้ ตามรายการและอัตราที่ประกาศกำหนด 4. สถานพยาบาลเอกชนที่ทำสัญญากับ กทม. ไม่ต้องมีการส่งตัวจาก รพ.รัฐ ส่วนสิทธิอื่นจะต้องมีหนังสือส่งตัว	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าฟอกเลือด ครั้งละ 2,000 บาท 2. ค่าตรวจ Lab ตามรหัสและอัตราที่กำหนด 3. ค่ายา สถานพยาบาลของรัฐตาม Prize list ของ รพ. /สถานพยาบาลเอกชนตามรายการและอัตราที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS HD	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณี Robotic surgery	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บันทึกเบิกเป็นกรณีผู้ป่วยใน 2. สถานพยาบาลที่มีคัมภีรภาพ H72 H73 และ H74 3. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีกลุ่มโรค ดังนี้ 3.1 มะเร็งต่อมลูกหมาก 3.2 มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก 3.3 เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน 4. รายการอุปกรณ์ บันทึกเบิกเงื่อนไขตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 5. เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กพม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามกรณีผู้ป่วยในปกติ จ่ายค่าอุปกรณ์ On top DRG ตามเงื่อนไขที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 370 ลง 26 มิถุนายน 2567	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ผู้ป่วยกลุ่มโรคจ่อ ประสาทตาเสื่อมที่ จำเป็นต้องฉีดยา เข้าวุ้นตา	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> มีผลบังคับใช้สำหรับวันรับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 เป็นต้นไป (ว 681 ลา 10 พย.66) จัดทำบัญชีรายการยาผ่านระบบ Drug Catalogue โดยราคาต้องไม่เกินราคากลางที่กรมบัญชีกลางกำหนด ส่งรายชื่อแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไข ตามแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายา เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของสถานพยาบาล ระบุรหัสโรค/หัวตtopic/ข้อบ่งชี้ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 	คงเดิม
 Adobe Acrobat Document	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 681 ลา 10 พฤศจิกายน 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ขนาด สูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 2 และระยะที่ 2 (เพิ่มเติม) (เฉพาะ สิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เปิดเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุกรรมอื่นได้ 2. สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้ไม่เกินจำนวนโอดส์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. สถานพยาบาลที่ให้บริการ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 4. ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ที่มีอายุ ≥ 65 ปี 5. เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 6. ระยะที่ 2 รับบริการ วันที่ 7 ตุลาคม 2567 - 31ธันวาคม 2567 ระยะที่ 2 (เพิ่มเติม) รับบริการ วันที่ 11 ตุลาคม 2567 - 31ธันวาคม 2567	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	วัคซีนไข้หวัดใหญ่ รหัส TMT 1296325 อัตราโดยสละ 1,100 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 600 ลง 4 ตุลาคม 2567 ว 615 ลง 11 ตุลาคม 2567	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ขนาด สูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 1 และระยะที่ 1 (เพิ่มเติม) (เฉพาะ สิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> เบิกเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุกรรมอื่นได้ สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้ไม่เกินจำนวนโอดส์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด สถานพยาบาลที่ให้บริการ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ที่มีอายุ ≥ 65 ปี เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ระยะที่ 1 รับบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2567 ระยะที่ 1 (เพิ่มเติม) รับบริการ ตั้งแต่ 26 กรกฎาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2567 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	วัคซีนไข้หวัดใหญ่ รหัส TMT 1296325 อัตราโดยสละ 1,130 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 364 ลง 25 มิถุนายน 2567 ว 429 ลง 26 กรกฎาคม 2567	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข
สิทธิประกันสังคม

ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ไม่มีเปลี่ยนแปลงจากปี 2567

ขอบเขตการดำเนินงานจัดทำธุรกรรมการเบิกจ่าย สิทธิประกันสังคม

กรณี	กำหนดรับข้อมูลที่ให้บริการ	เริ่มรับข้อมูล
1) การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
2) การรักษาโรคมะเร็งโดยโปรโตคอล -โปรโตคอลมะเร็ง 10 ชนิด -โปรโตคอลมะเร็ง 20 ชนิด	1 ก.ย.56 11 พ.ย. 62	1 ก.ค.58
3) การรักษาโรคมะเร็งนอกโปรโตคอลที่กำหนด	11 ก.ค.60	1 ม.ค. 63
4) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค (Instrument)	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
5) กรณีล้างไตทางช่องท้อง(Peritoneal Dialysis) และฟอกเลือด (Hemodialysis) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
6) Cryptococcal meningitis	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
7) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTACTIC RADIOSURGERY	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
8) กรณีทำหมันหญิง	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
9) กรณีทำหมันชาย	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
10) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา Stroke	15 ก.ค.59	15 ต.ค.59
11) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา STEMI	15 ก.ค.59	15 ต.ค.59

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การรักษา โรมะเริงอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 20 ชนิด ตามproto)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 2. เป็นผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน 3. เป็นการรักษาตามเรืองชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด ที่ต้องให้ความบำบัดและหรือรังสีรักษา และหรือยา รักษาโรมะเริง 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือ ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน) ทั้ง OP และ IP	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การรักษา โรมะเริง 20 ชนิดตาม โปรโตคอลที่ กำหนด (Protocol)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. เป็นการรักษาโรมะเริง 20 ชนิด และรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) ถ้ารักษาไม่เป็นตาม Protocol เปิกไม่ได้</p> <p>2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI)</p> <p>3. ผู้ป่วยนอก เท่านั้น</p> <p>4. เป็นโรมะเริง 20 ชนิด ดังนี้ โรมะเริงเต้านม , โรมะเริงปากมดลูก , โรมะเริงรังไข่ , โรมะเริง มดลูก,โรมะเริงโพรงหลังจมูก , โรมะเริงปอด , โรมะเริงลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย , โรมะเริงหลอดอาหาร , โรมะเริงตับและท่อน้ำดี ,โรมะเริงกระเพาะปัสสาวะ , โรมะเริงต่อม ลูกมาก,โรมะเริงกระเพาะอาหาร,โรมะเริงเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่, โรมะเริงต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่,โรมะเริงเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีโลยาดในผู้ใหญ่, โรมะเริงเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL),โรมะเริงเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีโลยาดในผู้ใหญ่,โรมะเริงเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาใน ผู้ใหญ่,โรมะเริงกระดูก ชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่,โรมะเริงเด็ก</p> <p>5. เป็นข้อมูลที่รับบริการตั้งแต่ 11 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นไป</p>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศของสำนักงานประกันสังคม	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การรักษา โรคมะเร็ง 20 ชนิดนอก โปรโตคอลที่ กำหนด (Non Protocol)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1. เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิด ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI)</p> <p>3. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>4. เป็นโรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้ เป็นโรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้ โรคมะเร็งเต้านม , โรคมะเร็งปาก มดลูก , โรคมะเร็งรังไข่ , โรคมะเร็งมดลูก, โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก , โรคมะเร็งปอด , โรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย , โรคมะเร็งหลอดอาหาร , โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี , โรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ , โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก, โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิม ฟอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอี โลยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL), โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีโลยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอี โลมาในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งกระดูก ชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเด็ก</p> <p>5. เป็นข้อมูลที่รับบริการตั้งแต่ 11 กรกฎาคม 2560 เป็นต้นไป</p>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000 บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน) ทั้ง OP และ IP	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. ใช้ตามข้อบ่งชี้ ในประกาศฯ ของสำนักงานประกันสังคม</p> <p>2. เป็นข้อมูลที่เข้ารับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป - ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป <p>3. รหัส 4506 เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จากเดิมชุดละ 200,000 บาท เป็น 180,000 บาท และไม่จำกัด รพ. แต่จะให้ รพ.ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนด และเก็บไว้ในเวชระเบียน</p> <p>4. รหัส 4510 สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จากเดิมชุดละ 100,000 บาท เป็น 90,000 บาท นับแต่วัน admit/ รักษา วันที่ 16 มีนาคม 2559 เป็นต้นไป</p>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามประกาศฯ ของสำนักงานประกันสังคม	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีไตวาย เฉียบพลัน ที่มี ระยะเวลาการ รักษาไม่เกิน 60 วัน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นโรคไตวายเฉียบพลัน และ ถ้าเป็นกรณี IP ต้องมี Adj.RW < 2 2. มีสิทธิประกันสังคม (SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ (SSI) 3. มีการทำ Hemodialysis หรือ Peritoneal dialysis 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. กรณี Hemodialysis จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท 2. กรณี Peritoneal dialysis จ่ายตามจริงแต่ไม่เกินวันละ 500 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal meningitis	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นค่ายาในการรักษาผู้ป่วยกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) <u>ที่ไม่ใช่</u> ทุพพลภาพ(SSI) 3. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/ราย(ตลอดชีวิต)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การรักษาโรค สมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - Arteriovenous Malformation รูปผิดปกติของหลอดเลือดดำและแดงรอบนอก - เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor) - มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease 4. ต้องมีการรักษาด้วยวิธี Stereotactic radiosurgery 5. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม2558 เป็นต้นไป หรือ ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายไม่เกิน 50,000 บาทต่อ/ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่าทำหมัน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีการรับบริการทำหมันชาย หรือ ทำหมันหญิง 2. สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย 3. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. กรณี การทำหมันชาย จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท/ราย (ตลอดชีวิต) 2. กรณี การทำหมันหญิง จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา Stroke	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในการรักษาโรค Stroke Fast Tract 2. มีการทำ CT-brain ก่อนและหลังฉีดยา 3. จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รักษา (สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย) 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในอัตราเหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา STEMI	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรค STEMI 2. จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รักษา (สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครื่อข่าย) 3. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรค STEMI 1. streptokinase เหมาจ่ายครั้งละ 10,000 บาท 2. rt-PA หรือ TNK-tPA เหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

ข้อบคุณค่า