สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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 ภายใต้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ดาวน์โหลดเอกสารประกาศการจ่ายฯ ทั้งหมดได้ที่

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

Customize Links | Free Download Ga... | Free Hotmail | Web Slice Gallery | Windows Marketpla... | Windows Media

หน้าหลัก | สำหรับประชาชน | สำหรับหน่วยบริการ | เกี่ยวกับองค์กร | สื่อสารองค์กร | เครือข่าย สปสช. | ธรรมาภิบาล | ติ

รายการประกาศบริหารกองทุน และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

รายการประกาศบริหารกองทุน และการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

43516 แชร์

ประกาศบริหารกองทุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประกาศกองทุน 68 ฉบับที่ 1

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงประมาณ 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. การบริบาลทารกแรกเกิด
3. การตรวจและการรับฝากครรภ์	9. บริการรถพยาบาล 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 ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

(1) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
(2) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
(3) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
(4) การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากรายการที่กำหนด
(5) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ปีงบประมาณ 2568

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกาศ ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2567 (ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป)

กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงาน และองค์กรที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพื่อให้ผู้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้
2. กรณีอุบัติเหตุจราจรต้องใช้สิทธิตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถจนครบวงเงินคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นก่อน
3. สามารถเข้ารับบริการสถานบริการอื่นได้ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีเหตุอันสมควร (มาตรา 7 และ UCEP)

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2016 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2015
3. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น
4. หน่วยบริการต้องจัดทำ Drug catalogue และบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นรายการ สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
5. การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

บริการผู้ป่วยใน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยใน (IP)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2567

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

- บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว
- บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)
- บริการกรณีเด็กแรกเกิด
- บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)
- บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน

บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2567 และ 2568	
บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต	บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต
▪ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ▪ จ่ายชดเชยเบื้องต้นในอัตรา 8,350 บาท/AdjRW ▪ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ▪ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง	หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี - หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษานิ่วด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ 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 และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด	
อัตราจ่าย	1.ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน 2.จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

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

หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนดในประกาศ	เหมือนเดิม Microsoft Excel Worksheet อัตราจ่ายผ่าตัดย่านโยธี
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี - หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามาธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น - หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น	
อัตราจ่าย	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	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.)	
อัตราจ่าย	- จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด - หน่วยบริการ สป.สธ. 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
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้ที่กำหนด แนบท้ายประกาศ 2. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง 3. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) ตามแนบท้ายประกาศ และเฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ (กลุ่ม DRGs 07100) คำนวณอัตราจ่ายตาม RW บวกเพิ่มค่าคงที่ K = 0.7905	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

	บริการปี 2567	บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องตามประกาศ 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนดและจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K)	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW ของ TDRGs Version 6.3 และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	e-Claim	

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

	บริการปี 2567	บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์	
อัตราจ่าย	1. DRGs อัตรา 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง 2. กลุ่มจิตเวชและการบำบัดยาเสพติด จ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (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 (CODP 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
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา	1. ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) 3. ชะลอการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด หนังสือเวียนที่ สปสช. 6.70/ว.4841 ลงวันที่ 11 ต.ค. 2567 Adobe Acrobat Document
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ	
อัตราจ่าย	1. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วย ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 2. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้ที่หอผู้ป่วยอีก 24 ชั่วโมง ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 3. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่าย จ่ายตาม DRGs ตามประกาศ IP ทั่วไป 4. กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน	
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

บริการปี 2567 และ 2568	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ 1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท 2) 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	จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ 1) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว 2) สูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss – (0.5×OLT)] กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

บริการกรณีเฉพาะ (Central Reimbursement)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

CR

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

การดูแลแบบประคับประคอง

บริการปี 2567 และ 2568 (อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **ไม่สามารถเบิกซ้ำกรณีเบิกครบ 6 เดือนแล้ว ยังไม่เสียชีวิต
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (1) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5 (2) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ครบทั้ง 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) ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 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. กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
โปรแกรม	e-Claim

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

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

ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย	
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	
โปรแกรม	e-Claim	

อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ เพื่อแยกจ่ายค่าบริการจัดหาดวงตาและจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน ให้หน่วยบริการที่จัดหาดวงตา/จัดเตรียมกระจกตา

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)

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

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

	บริการปี 2567	บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพฉ. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	1. รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท 2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์	
โปรแกรม	e-Claim	

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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 เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	e-Claim	

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

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

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ 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
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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 แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ตามข้อบ่งชี้และแนวทางการให้บริการรักษา (ตามแนบท้ายประกาศ) 2. หน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form) 3. มีการประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย 4. มีการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย กรณีที่การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form ไม่ผ่านตามข้อบ่งชี้ และข้อห้ามที่กำหนดในประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ระดับ 1, 2) - กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

สถานะข้อมูลหลังการส่งเบิกชดเชย

รหัส	ความหมาย	การตรวจสอบ	แนวทางแก้ไข
G47	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล 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 ไม่ตรงกับวันที่เข้ารับบริการ ใน e-claim (date admit) 4. บันทึกเบิกใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form ไม่พบการบันทึก Part II PCI	1. กรณีที่ 1, 2 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูล data form ให้เรียบร้อย แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ 2. กรณีที่ 3, 4 ให้หน่วยบริการส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช. เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ
V993	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form ไม่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไข	การบันทึก CAG Data Form แต่ข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบ (Verify data) และถูกชะลอการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง Adobe Acrobat Document

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

บริการปี 2567 และ 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก 2. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแนบท้ายประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)
อัตราจ่าย	1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา แบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่ - 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 ค่าอุปกรณ์ในการรักษาฯตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับ

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

บริการ Robotic Surgery

บริการปี 2567 และ 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 25 ธ.ค. 2566)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก, เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามเกณฑ์ประเมินแนบท้ายประกาศ (ปัจจุบันมี 7 แห่ง)
อัตราจ่าย	1.จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศ - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง หมายเหตุ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เบิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
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
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ 1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม(Total knee prosthesis) ในอายุน้อยกว่า 55 ปีต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด 2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัดทุกราย	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
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม - ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	**เหมือนเดิม** - อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ เรื่องอายุผู้รับบริการ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข	
อัตราจ่าย	1. ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 3. ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ 3.1 ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง 3.2 ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim 2. จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI	

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข	เหมือนเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม	
อัตราจ่าย	1. รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ 2. ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย 3. ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้ 3.1 ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท 3.2 ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี	
โปรแกรม	1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim 2. จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI	

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

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

การอุทธรณ์ข้อมูลที่ติด C หรือ Deny ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

ข้อมูลที่ติด C825 หรือ Deny I04 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา *การยื่นอุทธรณ์ขอให้แนบเอกสาร ดังนี้*

- เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกเกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ได้แก่ ใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่มีบันทึกการใช้อุปกรณ์, บันทึกการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา
- หลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ sticker ของอุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- กรณีอุปกรณ์นั้นไม่มี sticker ต้องระบุรายละเอียดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้ลงในใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ให้ครบถ้วน
- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่าย และหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ
- แนบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา(ถ้ามี)

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

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

การบริการกรณีเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (OP)

กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1. **OPAE** — บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด
2. **OP Refer** — บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ
3. **OP Anywhere** — การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

ประกาศ
ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับ<u>หน่วยบริการประจำ</u> 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง	คงเดิม
	- ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการ ครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจาก พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ	คงเดิม

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

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

3. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	การให้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ ▪ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ ▪ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้นบริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ	- จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS - การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่ายข้ามจังหวัด กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS **กรณีบริการในจังหวัดค่าใช้จ่ายตกกอง OP Hmain ตามจ่ายกันเองใน จังหวัด
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

บริการผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (OPBKK)

01 กรอบงบประมาณการจัดสรรค่าบริการ OP BKK ปี 2568

02 หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบการจัดสรรงบประมาณ ค่าบริการ OP BKK ปีงบประมาณ 2568

(ร่าง) งบบริการผู้ป่วยนอก(OP) กทม.
1,462.77 /ประชากร/ปี

ใช้ประชากร UC (1 ต.ค. 2567)
3.555,383 ล้านคน

Central Reimburse

ปรับเตามสถานการณ์ แบบงบสมดุล
หากเกิน 410 บาทต่อประชากรต่อปี ใช้ point system

361 /ประชากร/ปี

- นอกเครือข่าย (หน่วยบริการประจำ)
  - OP เหตุจำเป็น 73 บ/ปชก.
- ในและนอกเครือข่าย 288 /ประชากร/ปี
  - ถัวเฉลี่ยข้ามกองทุนได้
  - OPAE ตามกำหนด 23/ปชก.
  - OPพิการ กันพิการเดิม 220 บ/ปชก.
    - กันคนพิการมารวมกัน
  - OPHC 17 บ/ปชก.
  - ทันตกรรมรักษา 28 บ/ปชก.

Diff Cap of
n POP : Chronic
30 : 70

จัดสรรให้หน่วยบริการ (ไม่รวมรายหัวคนพิการ)

1,101.77 /ประชากร/ปี

- Model 5
  - กันเงิน OP Refer 300 /ปชก./ปี ปรับตามสถานการณ์ แบบงบสมดุล หากเกิน 360 บาทต่อ ปชก ต่อปี ใช้ point system
  - คงเหลือ จัดสรร cap ให้หน่วยบริการรายเดือน
- Model 1,2,4,และ 5.3 จัดสรร cap ให้หน่วยบริการรายเดือน
  - OP Refer ไม่มีกันเงิน สปสช. Clearing house

Adobe Acrobat Document

หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ความหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
ผู้รับบริการ	ผู้มีสิทธิซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ ของตน เพื่อรับบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการซึ่งให้บริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
เครือข่าย	-	เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย **หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อ** ทั้งนี้ ตามที่สำนักงานกำหนด
กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	รายการบริการผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามที่สำนักงานกำหนด โดยจ่ายจากงบบริการผู้ป่วยนอกที่กันไว้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม

หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ความหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
บริการทันตกรรมรักษา	ค่าบริการในการรักษาทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการหรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามรายการที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าเครื่องมือและวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ด้วย	ค่าบริการในการรักษาทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามรายการที่สำนักงานกำหนด **ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าเครื่องมือ ยาพื้นฐานสำหรับทำหัตถการ และวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ด้วย**
คนพิการ	คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ	คงเดิม
กรณีที่มีเหตุจำเป็น	-	ผู้ป่วยที่มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ หรือทางกายภาพ หรือทางสังคม

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

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

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายที่มีการเปลี่ยนแปลงในประกาศ พ.ศ. 2566 และ 2567

หัวข้อ	ปี 2566-2567	ปี 2568 มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป
หลักเกณฑ์การจ่าย	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคนะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี จ (2)	การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร <u>**เฉพาะการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา**</u>

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

หัวข้อ	ปี 2566-2567	ปี 2568 มีผลกับข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป
แนวทางการรักษา	1. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 2. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 3. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2561	1. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 2. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566
การบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim	บันทึกเบิกเป็นกรณี Cancer Anywhere Project cod: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม	- ยกเลิก Project cod: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม - ตรวจสอบจากรหัส ICD10/ICD9 รายการยาเคมีบำบัดและหรือรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ - ตรวจสอบรหัสรังสีรักษาตามรหัส FS แทนรหัส RTX เดิม
การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย	การ Post audit	การตรวจสอบทั้ง Pre และ Post audit

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีรักษาโรคมะเร็ง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี 2568	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ UC/สิทธิว่าง (PUC) และผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ดังนี้ ▪ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน ▪ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
โปรแกรมเบิกจ่าย	E-claim
เงื่อนไขการจ่าย	▪ กำหนดให้มีการ Authentication มีการยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิกรณีประเภทผู้ป่วยนอก (OP) ▪ มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit) ▪ มีระบบการตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชยปี 2566-67	การจ่ายชดเชยตั้งแต่ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรังษา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ รวมค่าผสมยาเคมีบำบัดในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วัน	เหมือนเดิม **ปรับรายการบันทึกเบิกเป็นรายการ FS ตามประกาศฯ
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocal)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 2,300 บาท จ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ
	มะเร็งทั่วไป (G: General)		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท และจ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการและอัตรา FS ที่ประกาศ
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		จ่ายตามรายการ fee schedule ตามอัตราที่ประกาศ ให้ทุกหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่กำหนด	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) ค่ายาเคมีบำบัดตามราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม **บันทึกรายการยาหรือรังสีตามรายการ FS
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocal)	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม
	มะเร็งทั่วไป (G: General) No Protocal		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม

กลุ่มโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (เหมือนเดิม)

โรคมะเร็งที่กำหนดชนิดโรตในการรักษา > อ้างอิงตาม
- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก 2566

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1) กรณีโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา (โรคมะเร็ง 20 ชนิด)

1.1 ให้การรักษาตามโปรโตคอลหรือชนิดโรคที่กำหนด 1.2 กรณีไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลหรือโรคที่กำหนด

2) กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนดโปรโตคอล (มะเร็งทั่วไป)

ที่	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
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	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
14	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
15	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
17	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
18	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
19	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (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 เดิม			
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	การฉายแสงด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	field	500.00	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาค	Field	500.00
49202	การฉายแสงด้วยเครื่องเร่งอนุภาค MLC	field	600.00	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาคพิเศษ MLC*	Field	600.00
49203	การฉายแสงด้วยลำแสงอิเลคตรอน	field	600.00	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนภาค with electron and MLC	Field	600.00
49206	การฉายรังสีด้วย orthovoltage หรือ superficialvoltage	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	การใส่แร่ซีเซียม	ครั้ง	7,000.00	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	ครั้ง	7,000.00
49402	การใส่แร่อิริเดียม (Insertion)	ครั้ง	5,800.00	RTX207	การใส่แร่อิริเดียม-192	ครั้ง	5,800.00
49403	การฝังแร่อิริเดียม (Implantation)	ครั้ง	6,000.00	RTX208	การฝังแร่อิริเดียม-192	ครั้ง	6,000.00
49404	การฝังแร่อิริเดียม (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	การทำอปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (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				

ยกเลิก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

Adobe Acrobat Document

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2) ตามประกาศกรณีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567 ลว.13 กค 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 (ตามประกาศกรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567)
2	การตรวจยีน 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	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

บริการกรณีเฉพาะ

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate)
2. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation, HSCT)
3. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ (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 วอนวิลลิแบรนด์ เพิ่ม ชนิดรุนแรงมาก
   (Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)
   (ตามประกาศกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2567)
2. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
   เพิ่ม การให้เลือดทุกชนิด กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย สำหรับบริการตั้งแต่ 1 ต.ค. 66 (ตามประกาศกรณีบริการเฉพาะโรคฯ (ฉ.2) 2567)

การบริการโรคเฉพาะ

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนฤผ่านโปรแกรม DMIS	โรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ <u>เพิ่ม</u> ชนิดรุนแรงมาก (Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) - ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - ค่าแฟคเตอร์ 500 IU หรือ 600 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency - OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit - IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป	คงเดิม

Adobe Acrobat Document

กรณีการบริการโรคเฉพาะ

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (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 ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง - การตรวจ Serum ferritin - ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) - ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporne (L1, DFP)	<u>เพิ่ม</u> การให้เลือดทุกชนิด
Adobe Acrobat Document	โปรแกรม	โปรแกรม NPRP ประมวลผลจ่ายชดเชยผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม

การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน การผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

การให้บริการใส่อุปกรณ์เพดานเทียม และอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน ตามประกาศฯ

รายละเอียดบริการอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

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

↓

แจ้งหน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

ลงทะเบียนใน โปรแกรม DMIS

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

↓

ติดต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯในพื้นที่ใกล้เคียง

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่/การแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน
หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายจากสปสช.

ขั้นตอนการแสดงความจำนงค์การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการ

แสดงความจำนง

สปสช.

พิจารณาเอกสารการสมัคร

จัดทำฐานทะเบียนหน่วยบริการ Cleft

และออก username password

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

[ ] หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่

[ ] หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน

[ ] หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ปากแหว่ง เพดานโหว่

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

ปากแหว่ง เพดานโหว่ (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate) (ต่อ) ข้อ 2.6.และข้อ 3 เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2565 WinRAR ZIP archive	2.4. เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)] รหัส 2704C อัตราจ่าย 2,500 บาท -สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก -สำหรับจัดโครงสร้างจมูก 2.5. เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)] รหัส 2704D อัตราจ่าย 700 บาท - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก โปรแกรม : บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม E-claim 2.6.Maxillary distractor 200,000 บาท/ชุด (ราคากลาง) -จ่ายตามผลงานการให้บริการในรูปแบบเอกสาร โดยมีการขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการ หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย 3.ทันตกรรมจัดฟัน 3.1. รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ (DEN030) อัตราจ่าย 48,000 บาท 3.2. ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น (DEN034) อัตราจ่าย 48,000 บาท โปรแกรม : บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม DMIS ยสส.4	คงเดิม

ปากแหว่ง เพดานโหว่ (ต่อ)

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

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตามประกาศนี้
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
รายละเอียดบริการ HSCT อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 3.4 แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศ HSCT

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
2. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ HSCT ผ่านโปรแกรม E-claim	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด - R0204 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต - R020401 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Autologous - R020402 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:ผู้ใหญ่:Autologous - R020403 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Allogeneic	คงเดิม
ประกาศหน้าที่ 2 ,3, 4 และ เอกสารแนบท้ายหมายเลข 3.4 ประกาศ ยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่าย (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant) - งวดที่ 1 จ่ายหลังส่งข้อมูล conditioning (D0) - งวดที่ 2 จ่ายหลังจากส่งข้อมูล follow up 30 วัน (กรณียังมีชีวิต) การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย ผ่านโปรแกรม E-claim ทุกวันสิ้นเดือน	คงเดิม

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)

<table>
<tr><th>บริการ</th><th>หัวข้อ</th><th>เดิม_2567</th><th>ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568</th></tr>
<tr><td>2. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT) (ต่อ)</td><td>อัตราจ่าย (ต่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ชนิดการรักษา</th><th>อัตราจ่าย</th><th>งวดที่ 1</th><th>งวดที่ 2</th></tr>
<tr><td>Autologous (MM)</td><td>500,000</td><td>400,000</td><td>100,000</td></tr>
<tr><td>Autologous (โรคอื่น)</td><td>750,000</td><td>600,000</td><td>150,000</td></tr>
<tr><td>Allogenic MRD</td><td>1,500,000</td><td>1,200,000</td><td>300,000</td></tr>
<tr><td>Allogenic MUD</td><td>1,500,000</td><td>1,200,000</td><td>300,000</td></tr>
</table>
</td><td>คงเดิม</td></tr>
<tr><td>ประกาศหน้าที่ 3 และเอกสารแนบท้าย หมายเลข 3.4
PDF
ประกาศ
ยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ</td><td>ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค</td><td>
รายการสำหรับผู้ใหญ่
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) ระยะที่มีบลาสเซล์ลมาก
Chronic myelomonocytic leukemia (CMML)

รายการสำหรับเด็ก
Acute myelogenous leukemia(AML)
Acute Lymphoblastic Leukemia(ALL)
Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL)
Hodgkin's lymphoma(HL)
Chronic myeloid leukemia (CML)
Myelodysplatic 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)
</td><td>คงเดิม</td></tr>
</table>

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม DMIS	โรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ <u>เพิ่ม</u> ชนิดรุนแรงมาก (Von Willibrand Type3 , Von Willibrand Type2+ชนิดรุนแรงมาก)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) - ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - ค่าแฟคเตอร์ 500 IU หรือ 600 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency - OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit - IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit	คงเดิม
Adobe Acrobat Document	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป	คงเดิม

การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรคการดูแลผู้ป่วย
โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Adobe Acrobat Document

67_ประกาศการจ่าย การบริหารเฉพาะโรค (ฉบับที่ 2

บริการตามประกาศนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
2. การบริหารกองทุนวัณโรค
3. การบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้าย และรายการบริการให้เลือดแนบประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ,การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
4. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (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 ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง - การตรวจ Serum ferritin - ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) - ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporne (L1, DFP)	<u>เพิ่ม</u> การให้เลือดทุกชนิด
Adobe Acrobat Document	โปรแกรม	โปรแกรม NPRP ประมวลผลจ่ายชดเชยผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารกองทุนวัณโรค

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีกรณี บริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจหาเชื้อดื้อยา 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
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๗๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ:

๑) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการต่อครั้ง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

๒) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้ว จะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay

๓) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2567

1. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (PP FS)

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7. บุคลากรสาธารณสุข	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless) *ประชาชนไทยทุกสิทธิ

2. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
5. กรณีการดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก	1. บริการยารักษาวัณโรค ประกาศหน้าที่ 37 และเอกสารแนบท้ายหมายเลข 2 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธาร	1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub) 5.2 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	2. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TST)	1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี)	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	2. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TST) (ต่อ) ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธาร	4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 อายุ ≤ 18 ปี 5.2 ยังไม่เป็นวัณโรค 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	3. บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค (บริการ PP FS) ประกาศหน้าที่ 14 รายการและอัตราการจ่าย เอกสารหมายเลข 1 ข้อที่ 14 ประกาศการจ่ายค่าใจ่ายเพื่อบริการสาธาร	▪ บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี) สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5.1 7 กลุ่มเสี่ยง - ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค - ผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง - ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง - ผู้ต้องขัง/สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง - ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีที่สูบบุหรี่ หรือโรคปอดหรือโรคเบาหวาน - บุคลากรสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	3. บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค (บริการ PP FS) (ต่อ)	▪ บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	ประกาศหน้าที่ 14 รายการและอัตราการจ่าย เอกสารหมายเลข 1 ข้อที่ 14 ประกาศการจ่ายค่าใ จ่ายเพื่อบริการสาธารเ	• บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวันโรค ด้วยวิธีอยู่ชีววิทยา (Molecular testine) 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 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. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 7 กลุ่มเสี่ยง 5.2 ผล CXR ผิดปกติ 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย - ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub - ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	3. บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค (บริการ PP FS) (ต่อ)	• กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวันโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rfampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rfampicicin (2 ชนิด) เพื่อวันโรคดื้อยา First- line drugs	คงเดิม
		• หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) <u>โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง</u> จากรายการดังนี้ 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) 700 บาท / ครั้ง หรือ 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ wละ AG/CP) 700 บาท / ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	ประกาศหน้าที่ 15 รายการและอัตราการจ่าย เอกสารหมายเลข 1 ข้อที่ 14 ประกาศการจ่ายค่าใ จ่ายเพื่อบริการสาธารเ		

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	3. บริการตรวจค้นหาและคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค (บริการ PP FS) (ต่อ) ประกาศหน้าที่ 15 รายการและอัตราการจ่าย เอกสารหมายเลข 1 ข้อที่ 14 ประกาศการจ่ายค่าใ จ่ายเพื่อบริการสาธาร	• กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอยู่ชีววิทยา (Molecular testine) ให้ตรวจด้วย AFB และ หรือ ตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 AFB 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/คน/ปี) 3.2 Culture-Solid 200 บาท/ครั้ง/คน/ปี 3.3 Culture-Liquid 300 บาท/ครั้ง/คน/ปี 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 จ่ายอย่างใดอย่างหนึ่ง 5.2 ผล CXR ผิดปกติ 5.3 ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม

บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยาใน 7 กลุ่มเสี่ยง

เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง

(ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564)

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค

คัดกรองด้วย CXR (100 บาท)

เงื่อนไข
1 คน/1 ครั้ง /ปีงบประมาณ

ผลปกติ → ผลปกติ/ไม่เข้ากับวัณโรค

ผลผิดปกติ → วินิจฉัยวัณโรควิธี Molecular Assay / AFB (20 บาท) และ/ หรือ Culture (200/300 บาท)

เงื่อนไข
ตรวจ Molecular assay ได้ เมื่อมีผล CXR ผิดปกติเท่านั้น (1 คน/1 ครั้ง / ปีงบประมาณ)

กรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี Molecular Assay ได้เท่านั้น

วินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยา 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)

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน

ผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB

ผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน

เงื่อนไข
กรณีเป็นผู้ป่วยดื้อยา (RR/MDR) สามารถตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยา 2nd line ด้วยวิธีใดก็ได้ ในข้อ 1 หรือ 2 (1 คน/ครั้ง/course การรักษา)

วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug
1) LPA (ตรวจดื้อยากลุ่ม FQ และ AG/CT) หรือ
2) Real-time PCR MTB / XDR (700 บาท)

→ **รักษาผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB ด้วยสูตรรักษาที่เหมาะสม**

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธาร	• ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ) 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 20 บาท/ตัวอย่าง (3 ตัวอย่าง/ชุด) 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ไม่เกิน 3 ชุด/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 25 ชุด/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
		• ค่าตรวจ CXR 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา (ต่อ) ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธาร	• ค่าตรวจ CXR 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ไม่เกิน 2 ครั้ง/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 6 ครั้ง/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	5.การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 3.1 การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture - เทคนิค Solid Media 200 บาท/ตัวอย่าง - เทคนิค Liquid Media 300 บาท/ตัวอย่าง 3.2 การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs - TB-LAMP 200 บาท/ครั้ง	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่(เปลี่ยนแปลง) 2568
5. กรณีการดูแลดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้ออวัณโรคระยะแฝงในเด็ก (ต่อ)	5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา (ต่อ)	- 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 การตรวจหาเชื้อดื้อยา 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 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม
ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1 ประกาศจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธาร	6. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม	• บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม 1. สิทธิ UC 2. หน่วยดูแลรักษาวัณโรค 3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข - ชดเชยตามการให้บริการจริง 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย - ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน	คงเดิม

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข: ผู้ป่วยที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายากประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก 7 แห่ง ดังนี้ 1) รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) รพ.ศิริราช 3) รพ.รามาธิบดี 4) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 5) รพ.พระมงกุฎเกล้า 6) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 7) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คงเดิม
เป็นไปตามกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 เอกสารหมายเลข 4 หน้า 13 Adobe Acrobat Document	1. ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง 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) เป็นไปตามกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 เอกสารหมายเลข เอกสารหมายเลข 4.1 หน้า 40-46 Adobe Acrobat Document	2. ค่าติดตามการรักษา 2.1. ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก -กลุ่ม A อัตรา 200,000 บาท -กลุ่ม B อัตรา 50,000 บาท (แบ่งจ่าย 2 งวด ได้แก่ งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน) 2.2. ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม -กลุ่ม A อัตรา 300,000 บาท -กลุ่ม B อัตรา 33,000 บาท (งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย งวดที่ 2 ร้อยละ 50เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน)	คงเดิม

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ) กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสารหมายเลข 1 หน้า 4-5 Adobe Acrobat Document	3. ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ -กลุ่ม A/กลุ่ม B การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ 3.1 กรณีรถยนต์ จ่ายตามจริง ไม่เกินระยะทางกรมทางหลวง ดังนี้ - ระยะทางไปกลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท - ระยะทางไปกลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่ม กิโลเมตรละ 4 บาท 3.2 กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายตามระยะทางและชนิดของเรือ/แพขนานยนต์ ตามอัตราดังนี้ 3.2.1.ระยะทาง ไป-กลับ 5-15 กิโลเมตร ได้แก่ -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
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ) กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสารหมายเลข 1 หน้า 4-5 Adobe Acrobat Document	3.2.2.ระยะทาง ไป-กลับ 16-50 กิโลเมตร ได้แก่ -เรือหางยาวเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาท -เรือเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท -เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท 3.2.3.ระยะทาง ไป-กลับ 51-100 กิโลเมตร ได้แก่ -เรือหางยาวเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาท -เรือเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท -เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท 3.2.4.ระยะทาง ไป-กลับ 101 กิโลเมตรเป็นต้นไป ได้แก่ -เรือเร็ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท -เรือเร็ว 2 เครื่องยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 35,000 บาท 3.2.5.ระยะทาง ไป-กลับ ไม่จำกัดระยะทาง -แพขนานยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	คงเดิม

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
6. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) (ต่อ) กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 เอกสารหมายเลข 1 หน้า 1-5 Adobe Acrobat Document	3.3. กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน ดังนี้ 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
	โปรแกรม E-claim	คงเดิม
	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป	คงเดิม

บริการกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พ.ศ. ๒๕๖๖

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Adobe Acrobat Document

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

กรณีบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

(ร่าง) กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2567

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนเป็นยา จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ หรือ สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่าย
2) การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายตามผลงานการให้บริการ
3) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน Hep C	ย้ายไปอยู่ในงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

P&P HIV

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) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV (รวมการตรวจด้วย HIV-Self test)	จ่ายตามผลงานการให้บริการ

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS)

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

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 1 Adobe Acrobat Document	1.4. ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา (F/U) 1.4.1. มีสิทธิ UC และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP 1.4.2.หน่วย ARV, HTC 1.4.3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปีงบประมาณ) 1.5.การตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก (PCR) 1.5.1.สิทธิ UC 1.5.2.หน่วย Anti-HIV 1.5.3. อัตราจ่าย 1,000 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 1 ปี หลังคลอด) 1.5.4.หลักเกณฑ์การจ่าย 1) ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี แรกเกิด-18 เดือน - ไม่เกิน 5 ครั้ง - ถ้าผลตรวจเป็น +/+ หยุดจ่าย - ถ้าผลตรวจ 4 ครั้ง เป็น -/-/-/- หยุดจ่าย - ถ้าผลตรวจครั้งก่อนหน้าเป็น – ต้องส่งตรวจห่างกันมากกว่า 14 วัน - ถ้าผลตรวจครั้งก่อนหน้าเป็น + ไม่นับระยะห่างของครั้งต่อไป 1.5.5.ชดเชยเป็นเงิน	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

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

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

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

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2 Adobe Acrobat Document	2. บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2.1. บริการเชิงรุก : RRTTR 2.1.1.สิทธิ UC 2.1.2.หน่วยบริการ 1) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) หน่วยงาน/องค์กรชุมชน หรือองค์กรเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดทำสัญญากับ สปสช เขต 4) หน่วยบริการหรือองค์กรภาคประชาสังคม ที่จัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2.1.3. อัตราจ่าย (1) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)/กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG)/กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) /กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) ดังนี้ -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
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2 Adobe Acrobat Document	(2) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) -Reach&Recruit อัตราจ่าย 1,800 บาท -Recruited to Tested อัตราจ่าย 1,200 บาท -Retained อัตราจ่าย 1,000 บาท <u>หมายเหตุ</u> 1.หน่วยบริการในระบบบ UC จ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 2.องค์กรภาคประชาสังคม ที่ทำสัญญาดำเนินงานตามโครงการ แบ่งจ่ายชดเชยเป็น 3 งวด ดังนี้ • 50% ของบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ชดเชยให้หลังจากลงนามในสัญญาครบทั้ง 2 ฝ่าย และส่งแผนงานการดำเนินงาน • 30% ของงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ชดเชยเมื่อคู่สัญญามีผลงาน RR และ Test ไม่น้อยกว่า 50% ของเป้าหมายในสัญญา • งบประมาณที่เหลือตามผลงานจริง 3. Anti-HIV ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน 2.1.4. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS 2.2. บริการทางคลินิก : ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเชิงรุก (STI) 2.2.1.สิทธิ UC ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (RR) 2.2.2.เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บริการด้านเอชไอวี เอดส์	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2,4 Adobe Acrobat Document	2.2.3 อัตราจ่าย (ชดเชยเป็นเงิน) -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 2.2.4. โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS 3. กรณีการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) 3.1. บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 3.1.1.ประชาชนไทยสิทธิ UC 3.1.2. หน่วย HTC 3.1.3.อัตราจ่าย 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
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 2,4 Adobe Acrobat Document	3.1.4. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย 1) เป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในโปรแกรม NAP 2) ชดเชยเป็นเงิน 3.1.5.โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS 3.2.บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส 3.2.1.ค่าบริการยาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-ExposureProphylaxis: PrEP) 1) ประชาชนไทยสิทธิ UC 2) หน่วย PrEP 3) อัตราจ่าย (ชดเชยเป็นเงิน) -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 (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 3.2.3.โปรแกรม : บันทึกผ่านโปรแกรม NAP PLUS	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสาร เลข 2,4 Adobe Acrobat Document	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	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 3 Adobe Acrobat Document	4. งานศูนย์องค์รวม 4.1. ประชาชนไทยสิทธิ UC 4.1.1 คู่หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ 4.1.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม 4.2. หน่วยบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร 4.3. อัตราจ่าย 4.3.1 คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ เหมาจ่าย 450 บาท/คน 4.3.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม เหมาจ่าย 600 บาท/คน 4.4. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย 4.4.1.บริการผู้ติดเชื้อ (Retain Positive) -บริการให้คำปรึกษารายบุคคล -บริการเยี่ยมบ้าน -บริการวันมารับยา/มาตามนัดที่ รพ. -บริการแบบกลุ่ม -บริการติดตาม ส่งต่อ	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 ตามเอกสารหมายเลข 3 Adobe Acrobat Document	4.4.2.บริการคู่ ของผู้ติดเชื้อ (Retain Negative) -บริการให้คำปรึกษารายบุคคล -บริการเยี่ยมบ้าน -บริการวันมารับยา/มาตามนัดที่ รพ. -บริการแบบกลุ่ม -บริการให้ข้อมูลและ ส่งต่อ 4.5.การบันทึกและประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 4.5.1. บันทึกผ่านโปรแกรม National AIDS Program : NAP 4.5.2.ชดเชยเป็นเงิน ตามเงื่อนไขการจ่ายในสัญญาดำเนินการตามโครงการ	คงเดิม

การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ)

บริการ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS) (ต่อ) เป็นไปตามประกาศกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2) Adobe Acrobat Document	บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST) 1. กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนไทยทุกคน 2. หน่วยบริการ:หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ดังนี้ -หน่วยบริการปฐมภูมิ -หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน -หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) -หน่วยรับส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ -หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คลินิกพยาบาล) -หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) -หน่วยรับส่งต่อทั่วไป -หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR ,HTC ,CSO ,PrEP/PEP 3. อัตราการชดเชย : บริการค่าชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST รวมค่าบริการให้คำปรึกษา อัตราจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน 4. การบันทึกข้อมูล Krungthai Digital Health Platform	คงเดิม

บริการตรวจคัดกรองตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
1	การตรวจคัดกรอง Anti HCV	•Rapid Test •เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	50 บาท/ ครั้ง	• ปชช ที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต • กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง	KTB/~~NAP~~
2	การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690บาท/ครั้ง	ทุกรายที่มีผล Anti HCV Positive ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP
3	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	•APRI score •FIB-4 score •การตรวจ transient elastrography •fibro marker panel	UC	200 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP
4	ยาเพื่อการรักษา	•Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์	โปรแกรมระบบบัญชียา จ(2)
5	การตรวจประเมินผลการรักษา	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/NAP

Adobe Acrobat Document เป็นไปตามประกาศกรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์

วิธีการ เงื่อนไข

การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
พ.ศ. ๒๕๖๗

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

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

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

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย คนพิการ หรือผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Adobe Acrobat Document

ประกาศลงนาม ณ วันที่ 16 กันยายน 2567 มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
บริการตามประกาศฟื้นฟูฯ 1. บริการฟนฟูสมรรถภาพดานการแพทยในรูปแบบความรวมมือกับองคกรปกครอง สวนทองถิ่น (จังหวัดที่มีกองทุนฟนฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด) 2. บริการฟนฟูสมรรถภาพดานการแพทย สำหรับจังหวัดที่ไมมีกองทุนฟนฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	บริการตามประกาศฟื้นฟูฯ บริการฟนฟูสมรรถภาพดานการแพทย สำหรับจังหวัดที่ไมมีกองทุนฟนฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : คนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้ แนวทางการให้บริการ : มีรูปแบบการให้บริการแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล ตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	-
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 9,000 บาท ต่อ คน เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึกแผนการดำเนินงาน โดยให้ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ ณ วันที่หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วย	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS) >>	-

บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : 1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 2. คนพิการ 3. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	-
อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการ (Fee schedule) รายละเอียดตามตารางแนบท้ายนี้	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	• หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) • หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่านระบบ E-CLIM	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ (9 รายการ) ต่อ

รายการบริการฟื้นฟู 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	ฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	-	-
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	H9378.3	75
8	Early Intervention	H9438.1	150	H9438.2	75
9	Phenol block	H0489	500	-	-

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
พ.ศ. ๒๕๖๗

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

(๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Adobe Acrobat Document

ประกาศลงนาม ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 มีผลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
บริการตามประกาศ 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน DRGs รุ่นที่ 5 (Version 5) 2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก 3. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง	บริการตามประกาศ 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน DRGs รุ่นที่ 6 (Version 6.3) 2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ย้าย...รายละเอียดของบริการฝังเข็มฯ ไปอยู่ที่ประกาศแพทย์แผนไทย

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66 และเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	-
อัตราจ่าย	สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ 5 คำนวณอัตราจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ซึ่งอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินที่ได้รับจัดสรรระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นด้วยอัตรา 8,350 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (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)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66			-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง			-
อัตราจ่าย	กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ	-
	กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)			
	จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200 บาทต่อครั้ง		
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			-
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)			-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)			-

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตามประกาศนี้

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

ประกาศอุปกรณ์ 66

2

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๘)
พ.ศ. ๒๕๖๗

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

รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตรา(บาท)
8237	เท้าเทียมโดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) ซึ่งเป็นรายการในบัญชีนวัตกรรมไทย	ข้างละ	29,000.00
8238	ฝ่าเท้าด้านหน้า (Forefoot)	ข้างละ	18,000.00
8239	ส้นเท้า (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)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็น “คนพิการ”	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการยืนยันการบริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง(ยกเว้น IP)	-
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) รายละเอียดตามเอกสารแนบ 3 ตามประกาศ (76 รายการ)	เพิ่ม 4 รายการ ตามประกาศฯ ฉ.8
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-
ระบบเบิกจ่าย	• หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) • หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่านระบบ E-CLIM	-
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	-

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย ของบริการฟื้นฟูสรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผลการจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค (IMC OP) กายภาพบำบัด , กิจกรรมบำบัด , แก้ไขการพูด	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS หัวข้อ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (O&M : ไม้เท้าขาว)	Disability Portal	Disability Portal	
3. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (IL)	Disability Portal	Disability Portal	
4. บริการฟื้นฟูสมรรถถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (Global) กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การแก้ไขการพูด , จิตบำบัด, พฤติกรรมบำบัด, ฟื้นฟูการได้ยิน, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น, 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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. ๒๕๖๗

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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 บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๕ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ามประกาศนี้ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำหรับบริการนวดหรือบริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ โดยการให้บริการดังกล่าวที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำหรับบริการพอกเข่า โดยการให้บริการที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Adobe Acrobat Document

ประกาศลงนาม ณ วันที่ 28 กันยายน 2567

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

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

บริการการแพทย์แผนไทย

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) <u>ใช้ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเป็นต้นไป</u> ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) <u>จ่ายตามการส่งข้อมูล (send date)</u> ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	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 /รายการยา * หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน	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 /รายการยา * หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) <u>หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim</u>	
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)	

บริการพอกเข่า

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

หลักเกณฑ์	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ		
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 มีรหัตถการ ครบ 4 กิจกรรม / ครั้ง ดังนี้		
	1) 872-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวหัวเข่า)	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) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) หัวข้อ บริการแพทย์แผนไทย		

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง
กลุ่มเป้าหมาย	1. เด็กพิการทุกประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 2. อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี กรณีอายุมากกว่า 18 ปี พิจารณาตามความจำเป็นและได้รับความยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กพิการ ทั้งนี้ ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือเด็กพิการ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
อัตราจ่าย	<u>มีผลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท</u> 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ } รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด
ระบบเบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ Disability Portal
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) เป็นรายเดือน

ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ภายใต้วงเงินที่กำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
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. ฟ้าทะลายโจร	แคปซูล	500 mg	0.85	142.80
HERB2	2. ขมิ้นชัน	แคปซูล	500 mg	0.79	44.24
HERB3	3. ประสะมะแว้ง	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. เถาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93	58.59
HERB7	7. ยาประคบ *	ลูกประคบ	200 g	62.76	188.28
HERB8	8. ยาธาตุอบเชย	ยาน้ำ	120 ml	16.29	84.00
HERB9	9. ยาสหัสธารา	แคปซูล	500 mg	1.16	73.08

ปีงบประมาณ 2568

รหัส	รายการยา	อัตราจ่ายไม่เกิน บาท / คอร์ส / ครั้ง
HERB1	1. ฟ้าทะลายโจร	142.80
HERB2	2. ขมิ้นชัน	44.24
HERB3	3. ประสะมะแว้ง	258.72
HERB4	4. ยาแก้ไอมะขามป้อม	195.30
HERB5	5. ยาไพล	40.77
HERB6	6. เถาวัลย์เปรียง	58.59
HERB7	7. ยาประคบ *	188.28
HERB8	8. ยาธาตุอบเชย	84.00
HERB9	9. ยาสหัสธารา	73.08

หมายเหตุ : * ยาประคบ ชดเชยเฉพาะกรณีสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน ไม่ใช่กรณีรับบริการประคบในหน่วยบริการ

บริการกัญชาทางการแพทย์

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<u>รายการยา มีดังนี้</u>

ยาน้ำมันกัญชา

1. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml ขนาด 10 ml (หมอเดชา)
2. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด (ยากัญชาทั้งห้า)

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. <u>ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 3 mg/drop (สิทธิประโยชน์ใหม่)</u>

ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา

7. ยาแก้ลมแก้เส้น ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง
8. ยาศุขไสยาศน์ ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง
9. ยาทำลายพระสุเมรุ ขนาด 500 มก/แคปซูล และ 2 กรัม/ซอง

1. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml (ตำรับหมอเดชา)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ผ่านการอบรมการใช้น้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา) จาก กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 10 ml อัตรา 172 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 1 – 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา 3	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ ผ่านการอบรมแนวทางการใช้ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5 จาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และรายละเอียดตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน / ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 150 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 - 4 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา 3	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

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

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก (ผู้ป่วยอยู่ภายใต้โครงการของ กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสาท) <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> อยู่ภายใต้การดำเนินการของ “ กุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา ” และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ (กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสาท)	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้เฉพาะกรณีโรคลมชักที่รักษายาก และ โรคลมชักที่ดื้อยา <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> อยู่ภายใต้การดำเนินการของ “ กุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา ”
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 10 ml อัตรา 2,000 บาท/ขวด ไม่เกิน 6 ขวด/คน/เดือน ขนาด 30 ml อัตรา 6,000 บาท/ขวด ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน	ขนาด 10 ml อัตรา 2,000 บาท/ขวด ขนาด 30 ml อัตรา 6,000 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาตามจริง ตามข้อกำหนดจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา 3	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา และ ประมวลผลจ่ายที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 900 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 5 ml อัตรา 500 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง
อัตราจ่าย	อัตรา 1,625 บาทต่อขวด ขนาด 10 ml ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 1 ขวด/คน/เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)

7. ยาแก้ลมแก้เส้น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีอาการมือเท้าชา ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 500 มก/แคปซูล อัตรา 3.5 บาท/แคปซูล ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน ขนาด 2 กรัม/ซอง อัตรา 13 บาท/ซอง ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

8. ยาศุขไสยาศน์

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย แก้อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
อัตราจ่าย	ขนาด 500 มก/แคปซูล อัตรา 3.5 บาท/แคปซูล ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน ขนาด 2 กรัม/ซอง อัตรา 11 บาท/ซอง ปริมาณการใช้ยาไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

9. ยาทำลายพระสุเมรุ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย แก้ลมเปลี่ยวดำ ฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคลมอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนประยุกต์ / ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	
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 โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย	-
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้งยกเว้นบริการ IP	-
อัตราจ่าย	1. จ่ายตามรายการบริการในอัตราครั้งละ 150 บาท (รวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์) ไม่เกิน 20 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel ADL index ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ และ<u>หากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน</u> 2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้รับบริการรายเดิมครบ 20 ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการเดียวกัน	-
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการใหบริการฝงเข็ม หรือบริการฝงเข็มร่วมกับกระตุนไฟฟา และ ให้บริการโดยแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝงเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน	-
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 (ยกเว้นนวัตกรรมแผนไทย) GB นวด / นวดและประคบ / ประคบ / อบสมุนไพร / ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด / 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. บริการยากัญชาทางการแพทย์	จ.2	จ.2	Seamless For DMIS หัวข้อ กรณีการใช้ยากัญชา
5. บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ สำหรับ หน่วยบริการรับส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็น “หน่วยบริการมาตรา 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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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 และรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 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	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) E10* เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ หรือ 2) P70.2 Neonatal DM ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อน อายุ 30 ปี หรือ 3) E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia หรือ 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	<u>1. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตาม</u> ดังนี้ 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 <u>2. จ่ายค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM)</u> สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดย จ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/สัปดาห์ เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ 2) O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 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	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 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. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) ต่อ

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

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

(โดยใช้ประกาศปีงบ 2566 ไปพลางก่อน)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2566

เพิ่มเติมปฐมภูมิ

ขอบเขตการบริการ “บริการการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิ” 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	• หน่วยบริการในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติในประกาศฯกำหนด • มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย บันทึกข้อมูลรักษาในเวชระเบียน รวมจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน	
ขอบเขตการบริการ	• ผู้รับบริการที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นโรคที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	
อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	▪ 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	• ผู้ป่วยสิทธิ UC ยกเว้นการ Authentication/แสดงยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ) • ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า อาการคงที่ ควบคุมโรคได้ดี และจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง	คงเดิม โดยใช้ประกาศ ปี 2566
หน่วยบริการ	ขึ้นศักยภาพ H24 : บริการระบบสาธารณสุขทางไกล หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติในประกาศฯกำหนด 1. มีความพร้อมของเทคโนโลยีเพื่อการพิสูจน์ตัวตนและการให้บริการการแพทย์ทางไกล 2. มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3. มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจ้งให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนเข้ารับบริการ 4. มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ โดยจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลการให้บริการได้ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบ 5. มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงด้านสารสนเทศ และมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร	
ขอบเขตการบริการ	1.นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ 2.พิสูจน์ตัวตนและแสดงความยินยอมในการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ 3.ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลโดยผู้ประกอบวิชาชีพของหน่วยบริการตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 4.บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนตามแนวทางของหน่วยบริการ	
อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	▪ โปรแกรม E Claim ▪ บันทึกรายการที่ให้บริการ : ระบุในหมวด 19 รหัส FS : Telemed telehealth	

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วย (LAB นอกหน่วย)

รายการ	(เดิม) ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	• ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ OP : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่า • Authentication ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด กรณีจังหวัดนำร่อง ใช้การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ) / กรณีไม่ใช่จังหวัดนำร่อง One ID ใช้การ Authentication	คงเดิม (โดยใช้ประกาศ ปี 2566)
หน่วยบริการ	ขึ้นศักยภาพ H26: LAB นอกหน่วยบริการ 1. หน่วยบริการที่ให้บริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ 2. จัดให้มีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และ/หรือมีหน่วยบริการอื่นเป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ 3. หน่วยเจาะเลือดเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเก็บตัวอย่างและขนส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล **ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
ขอบเขตการบริการ	ค่าเจาะเลือด ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ และค่าการนำส่งสิ่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ	
อัตราจ่าย	เหมาจ่าย 80 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	• E-claim • บันทึกในหมวด 19 รหัส FS : SPECC ค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ	

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

1. บริการการทดสอบการตั้งครรภ์
2. บริการฝากครรภ์ ***
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ *
5. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส ***
6. การตรวจหลังคลอด

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

1. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
2. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
3. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

3 กลุ่มอายุ 15-59 ปี (16 รายการ)

1. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
2. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มี ประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์
4. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
5. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
6. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
7. บริการเคลือบฟลูออไรด์ *
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง *
10. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี
11. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี *
12. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ม่พึงประสงค์ *
13. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ **
14. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ **
15. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด ***
16. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค ***

หมายเหตุ :

1. * หมายถึง รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง
2. ** หมายถึง รายการใหม่
3. *** หมายถึง รายการตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

Adobe Acrobat Document

ที่มา: ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2567

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบ 2567 -2568

Adobe Acrobat Document

รายการใหม่ที่เพิ่ม	รายการเดิมที่ปรับ
<u>เพิ่มเติม ปี 67</u> 1) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ (OV-RDT) ในหน่วยนวัตกรรม 2) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เป็นญาติสายตรงป่วยเป็น CA Breast	**<u>ปรับปี 67</u>** (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67 มีผลตั้งแต่ 31 ก.ค. 67) 1) บริการฝากครรภ์ - รวมการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน 2)บริการฝังยาคุมกำเนิด 1 ครั้งทุก 3ปี แยกการจ่ายเป็น 2.1) บริการค่า<u>ฝังยา</u>คุมกำเนิด 2,150 บ 2.2) บริการค่า<u>ถอดยา</u>ฝังคุมกำเนิด 350 บ 3) บริการคัดกรองซิฟิลิส เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ เยาวชนและวัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 4) บริการสำหรับผู้ต้องขัง โดยเพิ่มบริการ และจำนวนครั้ง ในรายการ : บริการคัดกรองวัณโรคด้วย Chest x-rays/ เคลือบฟลูออไรด์/บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล / คัดกรองซิฟิลิส/ตรวจคัดกรอง&ยืนยัน ไวรัสตับอักเสบ ซี 5) บริการคัดกรองดาวน์ >>เพิ่มเงื่อนไข การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ ในการตรวจยืนยันกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ที่นอกเหนือจาก ผล Quadruple Test ได้แก่ - ผลคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูง - หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า - หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ 6) บริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกเงื่อนไขเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา รวมถึงกรณียุติการตั้งครรภ์จากดาวน์และธาลัสซีเมีย
<u>เพิ่มปี 68</u> (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉ.บับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67) 1) บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด 1.1) เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล อายุ 35-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยง (1 ครั้ง/ ปี) 1.2) เจาะเลือดวัด Total cholesterol & HDL อายุ 45-70 ปี (1 ครั้งทุก 5 ปี) 2) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค 20 บ/dose	**<u>ปรับปี 68</u>** (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉ.บับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67) **1) ยกเลิกรายการ** 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)** **2) ปรับรายการ** **2.1) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส มีการเพิ่มวิธีการตรวจ CIA/CLIA หรือ RDT หรือ RPR หรือ VDRL** **2.2) บริการฝากครรภ์ ปรับเงื่อนไขจากค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ : การตรวจ VDRL เป็นการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส**

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1.) การทดสอบการตั้งครรภ์	
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	75
2.) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของ หญิงตั้งครรภ์	
2.1.1 Hb typing	270
2.1.2 Alpha–thalassemia 1 (PCR) และหรือ	800
2.1.3 Beta–thalassemia (Mutation analysis)	3,000
2.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
2.2.1 ค่าทำหัตการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
2.2.2 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) DNA Based Analysis	3,000
2) Hemoglobin typing	270

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
3.) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	
3.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
3.1.1 การเจาะเลือดปั่นซีรั่ม	100
3.1.2 การเจาะเลือดปั่นซีรั่มและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ	200
3.2 ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	
3.2.1 การตรวจ Quadruple test	1,200
3.2.2 การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	1,300
3.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
3.3.1 ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
3.3.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์	2,500
4.) การตรวจหลังคลอด	
4.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด	150
4.2 ค่ายาเสริม ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	135

2. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568
(กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6–12 ปี)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
บริการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในเด็กแรกเกิด	
5.) บริการป้องกันและควบคมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	
5.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	135
5.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	350
6.) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	500
7.) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา 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)
8.) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600
9.) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
9.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250
9.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	
9.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50
9.2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280
2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370
9.2.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250
9.3 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900
10.) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	
10.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	500
10.2 บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2	
10.2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	10,000
10.2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	2,500

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
11.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษา แนะนำ และส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60
12.) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	65
13.) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	
ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค และการให้คำแนะนำ ติดตาม	80
14.) บริการเคลือบฟลูออไรด์	
ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100
15.) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา) รวมบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ และบริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
15.1 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์ หรือ 15.2 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีศัลยกรรม	3,000

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

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
16.) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	
16.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100
16.2 ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้	
1) TB-LAMP หรือ	200
2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	500
3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	600
4) Line Probe Assay (LPA)	600
16.3 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)	
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	20
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
2.1) เทคนิค Solid media	200
2.2) เทคนิค Liquid media	300
16.4 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี	
1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ	700
2) Real-time PCR MTB/XDR	700

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
17.) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี	
ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	50
18.) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	
20.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Screening test)	50
20.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มี	
ผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้	400
1) HCV core antigen	1,690
2) HCV RNA (qualitative method)	

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

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
19.) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	
19.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน	
19.1.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	40
19.1.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	80
19.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50
19.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	10
19.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60
19.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800
19.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	
19.6.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,150
19.6.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	350

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
20.) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)	150
21.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	จ่ายในอัตราไม่เกิน 2,400

4. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568
(ตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
22.) บริการฝากครรภ์	
22.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ (รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน)	360
22.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 22.2.1 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	600
22.2.2 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส, และ HIV	190
22.3 ค่าบริการตรวจอัลตร้าซาวด์	400
22.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน	500

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
23. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	
23.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย	120
23.2 บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	50
23.2.1 ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธีการตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) หรือ 23.2.2 การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)	
23.3 บริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส	100
23.3.1 ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT	

4. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2568
(ตามร่างประกาศ PPFS ปี 67 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
24.) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	
22.1 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามการการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	40
22.2 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง	160

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
25.) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค	
1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI)	20
2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	20
3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20
4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์	20
5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์	20

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล	
ขอบเขตบริการ	1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ 1.1) เจาะเลือดปั่นซีรั่มส่งตรวจคัดกรอง 1.2) การส่งซีรั่มเพื่อตรวจคัดกรอง 1.3) ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test 2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการ ดาวน์ ดำเนินการ ดังนี้ 2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้ 1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) <u>หรือ</u> 2) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 2.2) ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์	1. กรณีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ 1.1 ผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง 1.2 มีข้อบ่งชี้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ได้แก่ 1.2.1 ผ่านการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวก หรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น อัลตราซาวน์พบความผิดปกติ การตรวจ NIPT (Noninvasive Prenatal Testing) ให้ผลเสี่ยงสูง <u>หรือ</u> 1.2.2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้ง แรกช้าเกินกว่าที่ระบบการตรวจ Quadruple test จะได้ผลทันเวลาของการวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง เช่น หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์ <u>หรือ</u> 1.2.3 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping) - การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567 - 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ 1. ค่าเจาะเลือดปั่นซีรั่ม = 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าส่งซีรั่มเพื่อไปตรวจ = 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. ค่าตรวจ Quadruple test = 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. ค่าตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์ 5. ค่าตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 6. ค่าตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ = 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 7. การยุติการตั้งครรภ์ เหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม/การออกรายงานการจ่าย	เขต 1-12 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม NPRP เขต 13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 2) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	
ขอบเขตบริการ	1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน 2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด 3. บริการใส่ห่วงอนามัย 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน 6. บริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.2 บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 2) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผงและไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี 1.1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 40 บ. /แผง 1.2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 80 บ. /แผง ได้แก่ 1.2.1 หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน 1.2.2 ผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออร่า 2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บ. ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 3. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ. ต่อครั้ง ต่อปี 4. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด (รวมค่าถอด) จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บ. ต่อครั้ง ทุก 3 ปี 5. ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 50 บ. /แผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี 6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา - ไม่เกิน 10 ชิ้น/ครั้ง สำหรับหน่วยได้รับงบ PP-Capitation - จ่ายชิ้นละ 1 บ. ไม่เกิน 10 ชิ้นต่อครั้ง สำหรับหน่วยไม่ได้รับงบ PP-Capitation	4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,150 บาทต่อครั้ง 4.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท
โปรแกรม / การออกรายงาน	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 3) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ 2.1 TB-LAMP 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) 2.3 Real-time PCR MTB/MDR 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) 2.4 Line Probe Assay (LPA) 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) 3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อ ยา First- line drugs 4. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) โดยเลือก วิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ 4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)** 5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี - เทคนิค Solid media

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 3) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 100 บาทต่อครั้งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ 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 3. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) <u>หรือ</u> 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) 4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี - เทคนิค Solid media 200 บาทต่อครั้ง - เทคนิค Liquid media 300 บาทต่อครั้ง	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)
โปรแกรม/การออกรายงาน	- บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub - ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 4) บริการเคลือบฟลูออไรด์

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงให้เป็นไปตามประกาศการจ่ายฯที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผล ให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด	1. ผู้มีอายุ 25 - 59 ปี กลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ) Adobe Acrobat Document
ขอบเขตบริการ	บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
โปรแกรม/การออกรายงาน	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	(รายการผู้ต้องขัง) เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 5) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5) ผู้ต้องขัง (Prisoner)	
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 1.1 ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นผลบวก	1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti- HCV 1.1 สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 1.3 สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ 1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 2.ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 5) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

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

รายการใหม่ : 6) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

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

Flow การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์

แบบฟอร์มลงทะเบียน One page

แบบลงทะเบียนบริการตรวจการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง
สำหรับสตรีไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป

ชื่อหน่วยบริการ*.....รหัสหน่วยบริการ*.....		
1. ส่วนของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองที่มีความเสี่ยงสูง บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้		
ชื่อผู้รับบริการ*.....นามสกุล*..... วัน/เดือน/ปีเกิด*..... อายุ*.....ปี		
PID* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เพศ* [ ] หญิง HN*.....		
คุณสมบัติของผู้รับบริการและข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
▪ ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้		
1) มีประวัติครอบครัว ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม *	[ ]	[ ]
วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม *.....		
2. ส่วนของประวัติ ญาติสายตรง ที่เป็นมะเร็งเต้านม บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้		
ชื่อญาติสายตรง* ..... นามสกุล* ..... วัน/เดือน/ปี เกิด *.....อายุ *..... ปี		
PID ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง HN.....		
▪ ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....		
3. รายละเอียดของแพทย์ที่ให้คำวินิจฉัยของผู้รับบริการ		
▪ ผลการตรวจคัดกรอง BIRADS * ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 แพทย์ผู้รักษา*..... เลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม* ..... ความเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ		

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

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1.1 มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.2 เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 1.3 มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)
หน่วยบริการ	หน่วยนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะได้ ได้แก่ - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere (รอประกาศนวัตกรรม) - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการค่าบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)
โปรแกรม/การออกรายงาน	ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

8) บริการฝากครรภ์ : รายการปรับปรุงตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

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

8) บริการฝากครรภ์ : รายการปรับปรุงตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวน์ ➢ เขต 1-12 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ➢ เขต 13 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ Ultrasound ไม่เกิน 2 ครั้ง:การตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2 ระยะใกล้คลอด เฉพาะรพ.) จ่ายอัตรา 400 บาท:ครั้ง (*เป็นไปตามประกาศของ กทม.) 5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ***กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป”	1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง รวมถึงค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	

9) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	1. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย 1 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 2. ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี 3. เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจโรคซิฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ 1.1 ตรวจ VDRL 1.2 ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ	1. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) 2. การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) 3. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือTreponema pallidum hemagglutination test (TPHA) - กรณีการตรวจด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT (ข้อ1) รายทีผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นลบ ให้ตรวยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3) - กรณีการตรวจด้วยวิธี วิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

9) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 2.1 วิธี VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 2.2 วิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง	1) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ (RDT) จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 2) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี RPR หรือ VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง 3) ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม/การออกรายงานการจ่าย	เขต 1-12 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม NPRP เขต 13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง

10) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567-2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	1. ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) 2. ผู้มีอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน)
ขอบเขตบริการ	1. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ 15-34 ปี 2. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี 3. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยง 4. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)	ยกเลิกรายการข้อ 1-2 (จ่ายชดเชยรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว) 3. ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) จำนวน 1 ครั้งต่อปี 4. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 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	1. อายุ 15- 34 ปี ➢ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาจ่ายอัตรา 100 บาท ต่อครั้ง ต่อปี 2. อายุ 35- 59 ปี ➢ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ต่อปี ➢ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี 3. อายุ 45- 70 ปี ➢ เขต 1-12 :ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี 4. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป ➢ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี	1. อายุ 35- 59 ปี ➢ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี 2. อายุ 45- 70 ปี ➢ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี 3. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป ➢ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี
โปรแกรม/การออกรายงาน	เขต 1-12 : ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

11) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2567	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2567 - 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	
ขอบเขตบริการ	บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่ 1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI) 2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ 3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่ 1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI) 2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ 3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มเติม กลุ่มผู้ต้องขัง 4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (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. จะมีการชี้แจงแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง

รายการ PPFS ที่เงื่อนไขไม่เปลี่ยนแปลง

1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (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. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
ขอบเขตบริการ	1. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ - Hb typing - Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemia 2. การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND - การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือ - Amniocentesis หรือ - Cordocentesis 3. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis 1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ 2) ตรวจ Hb typing
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

2. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน - Alpha – thalassemia 1 จ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน และ/หรือ - Beta thalassemia mutation จ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อคน 2. ตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ - DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ ป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB

3. การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย เหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB

4. การตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้ 1.1 บริการตรวจหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน 1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด 1.3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด 2. บริการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 3 ครั้งในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ดังนี้ - หลังคลอดระหว่างวันที่ 1-7 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 2. ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด ในอัตรา 135 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 และ 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ 3. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน 2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน 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	1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 1 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือ ทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด 2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน/ประเมินความผิดปกติ
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH

7. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ 1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้ เขต 1-12 : 1. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 800 บาทต่อคนต่อปี 2. เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายใน อัตรา 1000 บาทต่อคนต่อปี เขต 13 : ค่าบริการตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตาและสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร เพื่อวินิจฉัย เหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้งต่อปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13: โปรแกรม KTB

8. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก 2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา 3. แจ้งผลการตรวจ และติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ จ่ายในอัตรา 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 มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี
ขอบเขตบริการ	1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง 2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด 3. กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ 3.1 ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 3.2 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling) 4. กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ 4.1 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 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
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

9. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

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

10. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวที่ตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย PPFS 2567 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม 2. บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ 3. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ตรวจยีน และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1. หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ <u>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</u> 2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2: เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)

10. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลในอัตรา 500 บาท 2. ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท 2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย 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. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	➢เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➢เขต 13 : เด็กแรกเกิด - 12 ปี และ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	➢เขต 1-12 : บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน ➢เขต 13 : 1. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 1 ครั้งต่อช่วงอายุ ดังนี้ - ช่วงอายุแรกเกิด - 2 ปี - ช่วงอายุ 3 - 6 ปี - ช่วงอายุ 7 - 12 ปี - ช่วงอายุ 13 - 24 ปี (เฉพาะผู้หญิง) 2. ตรวจคัดกรองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 2.1 เจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือ 2.2 เจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	➢ เขต 1-12 : ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาท/คน ➢ เขต 13 : 1. ค่าเจาะ Hct จ่ายในอัตรา 35 บาทต่อช่วงอายุ 2. ค่าเจาะ CBC จ่ายในอัตรา 65 บาทต่อช่วงอายุ
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

13.บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	➢เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➢เขต 13: เด็กแรกเกิด - 12 ปี และผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี
ขอบเขตบริการ	➢เขต 1-12 : บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) ➢เขต 13: บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - เด็กอายุ 2 เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด < 2,500 กรัม - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี - เด็กอายุ 2-5 ปี - เด็กอายุ 6-12 ปี - กลุ่มผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	➢ เขต 1-12 : ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี ➢ เขต 13 : ค่าบริการยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี 1. ในเด็ก สามารถรับประทานได้ อย่างน้อย 3 เดือน 2. ผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี
โปรแกรม	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	ให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1.1 วิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ - การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ - การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ 2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. วิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน(Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (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. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงนั้น
2. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์ อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง
3. หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ
4. หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์
5. หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

15. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย 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	บริการตามรายการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 14 รายการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PP คลินิกเทคนิคการแพทย์
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 เพื่อคัดกรองความผิดปกติและค้นหาโรคทางสายตา	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	น้ าตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	40	สปส.
		35 – 59 ปี	1 ครั้ง/ปี	40	สปสช.
9	เชื้อไวรัสตับอักเสบ HBsAg	สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535	1 ครั้ง	50	สปสช.
10.	ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	13 – 24 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปสช
		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

1

ปชช.ไทย ทุกสิทธิ์

2

หน่วยบริการ

3

พิสูจน์ตัวตน
ยืนยันการใช้สิทธิ

4

OP/PP

5

โปรแกรมบันทึกเบิก

บันทึกข้อมูลการให้บริการ

Pre Audit
/OSR

6

ประมวลผลจ่ายชดเชย
ตามรอบ

ผ่านระบบ e –Claim
/Seamless for DMIS

ประมวลผล
จ่ายชดเชย
ทุกวันที่ 15
และสิ้นเดือน
ของทุกเดือน

7

NHSO Budget รอบโอนวันที่ 22
และวันที่ 7 ของเดือนถัดไป

Post
Audit

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น”

ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : กองทุนโอนเงินให้

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)	สถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่ง	กรมบัญชีกลาง
ประกันสังคม	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สำนักงานประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	กรุงเทพมหานคร
บุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สพฉ.
บุคลากร สปสช.	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สปสช.
องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

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

3. รับฝากงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. <u>ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด</u>
   - ❖ สิทธิข้าราชการ
   - ❖ สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
   - ❖ สิทธิกรุงเทพมหานคร
   - ❖ สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
   - ❖ สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
   - ❖ สิทธิองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

2. <u>สิทธิประกันสังคม</u> ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

3. <u>ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด</u>
   - ❖ 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. (ยาที่ค่าใช้จ่ายสูงให้ผู้เชียวชาญตรวจสอบก่อน)
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 (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับ กทม.)

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
ข้าราการ 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

<u>ช่องทางการติดต่อ</u> 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 AGENS และ NITP)

เบอร์ : 080-0801651 , 080-0801615

ที่อยู่ : สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เลขที่ 1025 อาคารยาคูลท์

ชั้น 2 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กทม.10400

หลักเกณฑ์เงื่อนไข ตามระเบียบของกระทรวงการคลัง

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

<u>ไม่มีเปลี่ยนแปลงจากปี 2567</u>

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการรักษากรณีผู้ป่วยในทั่วไปทุกกรณี 2. กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ปรับลดตามกลุ่ม CCUF และจ่าย Add on ค่ายามะเร็งตามที่สถานพยาบาลบันทึกเบิก 3. รายการจ่าย Add on (ตามประกาศกรมบัญชีกลาง) 3.1 ค่าห้องค่าอาหาร/อวัยวะเทียม จ่ายตามรหัส และไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด 3.2 ค่ายาตามรายการที่กำหนด จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ยกเว้นยาบางรายการที่จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด 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 ของแต่สถานพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	สิทธิ อปท. จ่ายตาม REP (จ พ ศ) 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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การเจ็บป่วยทุกกรณี (ไม่รวมการเสริมความงาม) 2. หมวดที่กำหนดรหัส และมีเพดานจ่าย จ่ายตามรหัส ไม่เกินเพดานราคาที่กรมบัญชีกลางกำหนด ได้แก่ หมวด 1,2,6,7,8,9,10,11,12,13 และ 15 3. หมวด 5 เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา กรณีใช้ใน รพ.จ่ายตามที่เรียกเก็บ กรณีนำกลับบ้านจ่ายตามรหัส และไม่เกินเพดานที่กำหนด 4. หมวดที่ไม่ได้กำหนดรหัส และราคาจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หมวด 3,4,14 5. กรณีเบิกหมวด 15 และมีการเบิกรายการหมวด 12 ร่วมด้วย เป็นจำนวนเงิน 50 บาท แสดงยอดจ่าย = 0 บาท 6. ยาราคาแพง 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 ให้ส่งเบิกภายในระยะเวลา 1 ปี หากเกินกำหนด ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก
2. กรณีผู้ป่วยใน ให้ส่งเบิกภายใน 30 วัน นับจากวันที่จำหน่าย โดยกรณีส่งข้อมูลล่าช้าจะปรับอัตราจ่าย ดังนี้

สิทธิ ขรก/กทม/ขสมก/สพฉ/สปสช.

<u>การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน</u>

1. ส่งข้อมูลภายใน 90 วัน นับจากวันจำหน่าย
2. กรณีส่งข้อมูลล่าช้าปรับลดลง โดังนี้

2.1 ส่งข้อมูลเกิน 90 วัน ถึง 1 ปี ของวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10

2.2 ส่งข้อมูลเกิน 1 ปี หลังจากวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20

(ต้องทำความตกลงกับเจ้าสังกัดเป็นรายกรณี)

<u>สิทธิ ปกส. 2 ปี</u> นับจากวันบริการ

สิทธิ อปท.

<u>การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน สิทธิ อปท.</u>

ส่งข้อมูลภายในระยะเวลา 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	1. ทั้ง OP และ IP 2. กลุ่มยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา ได้แก่ - ยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) - ยารักษาโรครูมาติก (RDPA) - ยารักษาโรคสะเก็ดเงิน (DDPA) - ยาในผู้ป่วยภาวะม่านตาอักเสบ (Uveitis) - ยารักษาโรคในกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease : IBD) - กลุ่มโรคนิวโรมัยอิลัยติส ออฟติกา (biologic Agents) - กลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (NITP) 3. ตรวจสอบรหัส ICD10 แต่ละโรค ตามประกาศกรมบัญชีกลาง 4. กรณีไม่มีเลข PA หรือเลข PA ไม่ตรง ติด C474 <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u> : กรณียาราคาแพงให้สำรองจ่าย และเบิกต้นสังกัดเท่านั้น	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
กรณีการพักรอจำหน่าย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. IP 2. กรณีผู้ป่วยในต้องทำการจำหน่ายผู้ป่วยก่อน และขอเลขอนุมัติใหม่ 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
กรณีเจ็บป่วยจากการปฏิบัติราชการ	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
รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. OP และ IP 2. ตรวจสอบรหัส ICD9 ตามข้อบ่งชี้อุปกรณ์ รายละเอียดตามไฟล์แนบ กรณีการเบิกอุปกรณ์ไม่ตรงตาม ICD9 ที่กำหนด ติด Deny I04 3. ตรวจสอบจำนวนชิ้นจ่าย ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด กรณีเบิกเกินจำนวนชิ้นที่กำหนด 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 ลว 21 ธันวาคม 2560 ว 1207 ลว 28 กันยายน 2565	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีผู้ประสบภัยจากรถ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. OP และ IP 2. สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อน ตามจำนวนเงินที่ใช้จริงและไม่เกินวงเงินที่ พรบ.คุ้มครอง <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u> ตามข้อตกลงของ ขสมก. กรณีการเบิกใช้สิทธิเบิกค่ารักษากรณีมีประกัน /พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถให้เบิกที่หน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากตามข้อตกลง ขสมก. ต้องตรวจสอบก่อนจ่ายกรณีอุบัติเหตุแบบมีคู่กรณี (ให้เบิกด้วยใบเสร็จ ไม่ให้เบิกจ่ายตรง)	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 ลว 25 สิงหาคม 2543	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีเด็กแรกเกิด	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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 ลว 13 กันยายน 2556	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การตรวจสุขภาพประจำปี	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. รับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 2. เบิกจ่ายตรงได้เฉพาะเจ้าของสิทธิเท่านั้น (ยกเว้นสิทธิ ขสมก. เบิกจ่ายตรงไม่ได้) 3. บันทึกรหัสเบิกจ่ายรายการในหน้า F7 (บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด) ตามรายละเอียดดังนี้ - รหัส CUF01 ค่าบริการตรวจสุขภาพฯ อายุไม่เกิน 35 ปี (หญิง) อัตราจ่ายไม่เกิน 580 บาท ต่อปี - รหัส CUF02 ค่าบริการตรวจสุขภาพฯ อายุ 35 ปี ขึ้นไป (หญิง) อัตราจ่ายไม่เกิน 1,050 บาท ต่อปี - รหัส CUM01 ค่าบริการตรวจสุขภาพฯ อายุไม่เกิน 35 ปี (ชาย) อัตราจ่ายไม่เกิน 380 บาท ต่อปี - รหัส CUM02 ค่าบริการตรวจสุขภาพฯ อายุ 35 ปี ขึ้นไป (ชาย) อัตราจ่ายไม่เกิน 850 บาท ต่อปี 4. คำนวณจ่ายตามรหัสที่กำหนดเป็นเหมาจ่าย/ปีงบประมาณ <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u> :: กรณีตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรง	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 177 ลว 24 พฤศจิกายน 2549	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ค่าพาหนะส่งต่อ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. คำนวนระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทางตามระยะทางกรมทางหลวง(ตามสิทธิ UC) 2. ปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) 3. จ่าย Ontop = 500+ อัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) x 2 x 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 ลว 29 กุมภาพันธ์ 2555	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ปลูกถ่ายได้เฉพาะกรณีไต ตับ ตับอ่อน ปอด และหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเท่านั้น 2. เบิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง เท่านั้น 3. การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูล ให้เบิกค่าใช้จ่ายค่าเตรียม และผ่าตัดนำอวัยวะออกจากจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต พร้อมกับผู้รับบริจาค โดยบันทึกในหมวดรายการอุปกรณ์ 4. บันทึกรหัสโรค หัตถการ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 5. กรณีปลูกถ่ายไต มีผลบังคับใช้กับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 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 ลว 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เบิกได้ในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น 2. กรณีผู้บริจาคเป็นสิทธิอื่น ให้แยกเบิกค่าใช้จ่าย โดยบันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD ในโปรแกรม e-Claim 3. การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ ในกรณีที่การผ่าตัดอวัยวะ ออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก 4. จ่ายค่าห้องตามเงื่อนไขปกติ 5. บันทึกรหัสโรค 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 ลว 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การเบิกส่วนต่าง กรณีเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีค่ารักษาส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม ให้เบิกส่วนต่างเฉพาะกรณี ได้แก่ 1. คลอดบุตร เบิกส่วนเกิน 15,000 บาท บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSOBS 2. ค่าล้างไต (ส่วนเกิน 1,500 บาท) บันทึกรหัสโครงการพิเศษ HD3995 3. การเบิก vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC 4. ทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC 5. สิทธิ กทม. รพ.เอกชน เบิกได้เฉพาะ OP และ รพ.ที่ทำสัญญากับ กทม./สิทธิ ขสมก.เบิกได้เฉพาะ รพ.รัฐ	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. คลอดบุตร จ่ายตามระบบ DRGs (จ่ายตามที่คำนวณ DRG และหักจากส่วนที่เบิกจากสิทธิอื่นออกก่อนจ่ายชดเชย) 2. ค่าล้างไต จ่ายเฉพาะส่วนต่างค่าฟอกเลือดล้างไตครั้งละ 500 บาท รายการอื่นๆ ไม่จ่าย 3. vascular access/ค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน เบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บไม่เกินอัตราการจ่ายของกรมบัญชีกลาง	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 83 ลว 20 มีนาคม 2550 , ว 402 ลว 19 พฤศจิกายน 2550	

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

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

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การนัดผ่าตัดล่วงหน้า (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 ลว 1 ตุลาคม 2558 , ว 1293 ลว 29 ธันวาคม 2564	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีไตวายเรื้อรัง(Chronic disease)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บันทึกเบิกเป็นกรณีผู้ป่วยใน 2. สถานพยาบาลที่มีศักยภาพ 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/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามกรณีผู้ป่วยในปกติ จ่ายค่าอุปกรณ์ Ontop DRG ตามเงื่อนไขที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 370 ลว 26 มิถุนายน 2567	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
ผู้ป่วยกลุ่มโรคจอประสาทตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวุ้นตา Adobe Acrobat Document	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีผลบังคับใช้สำหรับวันรับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 เป็นต้นไป (ว681 ลว 10พย.66) 2. จัดทำบัญชีรายการยาผ่านระบบ Drug Catalogue โดยราคาต้องไม่เกินราคากลางที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. ส่งรายชื่อแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไข ตามแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายาเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของสถานพยาบาล 4. ระบุรหัสโรค/หัตถการ/ข้อบ่งชี้ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 681 ลว 10 พฤศจิกายน 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขนาดสูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 2 และระยะที่ 2 (เพิ่มเติม) (เฉพาะสิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เบิกเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุรกรรมอื่นได้ 2. สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้ไม่เกินจำนวนโดสที่กรมบัญชีกลางกำหนด 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 อัตราโดสละ 1,100 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 600 ลว 4 ตุลาคม 2567 ว 615 ลว 11 ตุลาคม 2567	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขนาดสูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 1 และระยะที่ 1 (เพิ่มเติม) (เฉพาะสิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เบิกเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุรกรรมอื่นได้ 2. สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้ไม่เกินจำนวนโดสที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. สถานพยาบาลที่ให้บริการ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 4. ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ที่มีอายุ≥ 65 ปี 5. เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 6. 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 อัตราโดสละ 1,130 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 364 ลว 25 มิถุนายน 2567 ว 429 ลว 26 กรกฎาคม 2567	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข
สิทธิประกันสังคม

<u>ไม่มีเปลี่ยนแปลงจากปี 2567</u>

ขอบเขตการดำเนินงานจัดทำธุรกรรมการเบิกจ่าย สิทธิประกันสังคม

กรณี	กำหนดรับข้อมูลที่ให้บริการ	เริ่มรับข้อมูล
1) การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
2) การรักษาโรคมะเร็งโปรโตคอล -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 (Hemodislysis) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
6) Cryptococcal meningitis	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58
7) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC 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
การรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 20 ชนิดตามโปรโตคอล)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 2. เป็นผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน 3. เป็นการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด ที่ต้องให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และหรือยารักษาโรคมะเร็ง 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
การรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิดตามโปรโตคอลที่กำหนด (Protocol)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิด และรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) ถ้ารักษาไม่เป็นตาม Protocol เบิกไม่ได้ 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. ผู้ป่วยนอก เท่านั้น 4. เป็นโรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้ โรคมะเร็งเต้านม , โรคมะเร็งปากมดลูก , โรคมะเร็งรังไข่ , โรคมะเร็งมดลูก,โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก , โรคมะเร็งปอด , โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย , โรคมะเร็งหลอดอาหาร , โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ,โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ , โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก,โรคมะเร็งกะเพาะอาหาร,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL),โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเด็ก 5. เป็นข้อมูลที่รับบริการตั้งแต่ 11 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศฯของสำนักงานประกันสังคม	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
การรักษา โรคมะเร็ง 20 ชนิด นอกโปรโตคอลที่กำหนด (Non Protocol)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 20 ชนิด ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 4. เป็นโรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้ เป็นโรคมะเร็ง 20 ชนิด ดังนี้ โรคมะเร็งเต้านม , โรคมะเร็งปากมดลูก , โรคมะเร็งรังไข่ , โรคมะเร็งมดลูก,โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก , โรคมะเร็งปอด , โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย , โรคมะเร็งหลอดอาหาร , โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ,โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ , โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก,โรคมะเร็งกะเพาะอาหาร,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL),โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งกระดูก ชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเด็ก 5. เป็นข้อมูลที่รับบริการตั้งแต่ 11 กรกฎาคม 2560 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
ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ใช้ตามข้อบ่งชี้ ในประกาศฯ ของสำนักงานประกันสังคม 2. เป็นข้อมูลที่เข้ารับบริการ - ผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป - ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป 3. รหัส 4506 เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จากเดิมชุดละ 200,000 บาท เป็น 180,000 บาท และไม่จำกัด รพ. แต่จะให้ รพ.ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนด และเก็บไว้ในเวชระเบียน 4. รหัส 4510 สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จากเดิมชุดละ 100,000 บาท เป็น 90,000 บาท นับแต่วัน admit/ รักษา วันที่ 16 มีนาคม 2559 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามประกาศฯ ของสำนักงานประกันสังคม	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2567	เงื่อนไขใหม่ 2568
กรณีไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นโรคไตวายเฉียบพลัน และ ถ้าเป็นกรณี IPต้องมี Adj.RW < 2 2. มีสิทธิประกันสังคม (SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. มีการทำ Hemodialytsis หรือ Peritoneal dialysis 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม2558 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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค 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
การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ - 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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	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	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรค STEMI 2. จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รักษา (สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือเครือข่าย) 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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อเรา

Call Center : 1330 กด 5 กด 1

เว็บบอร์ด (http://eclaim.nhso.go.th)

Thank You!