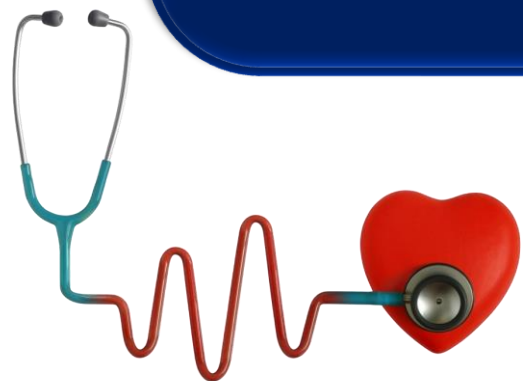
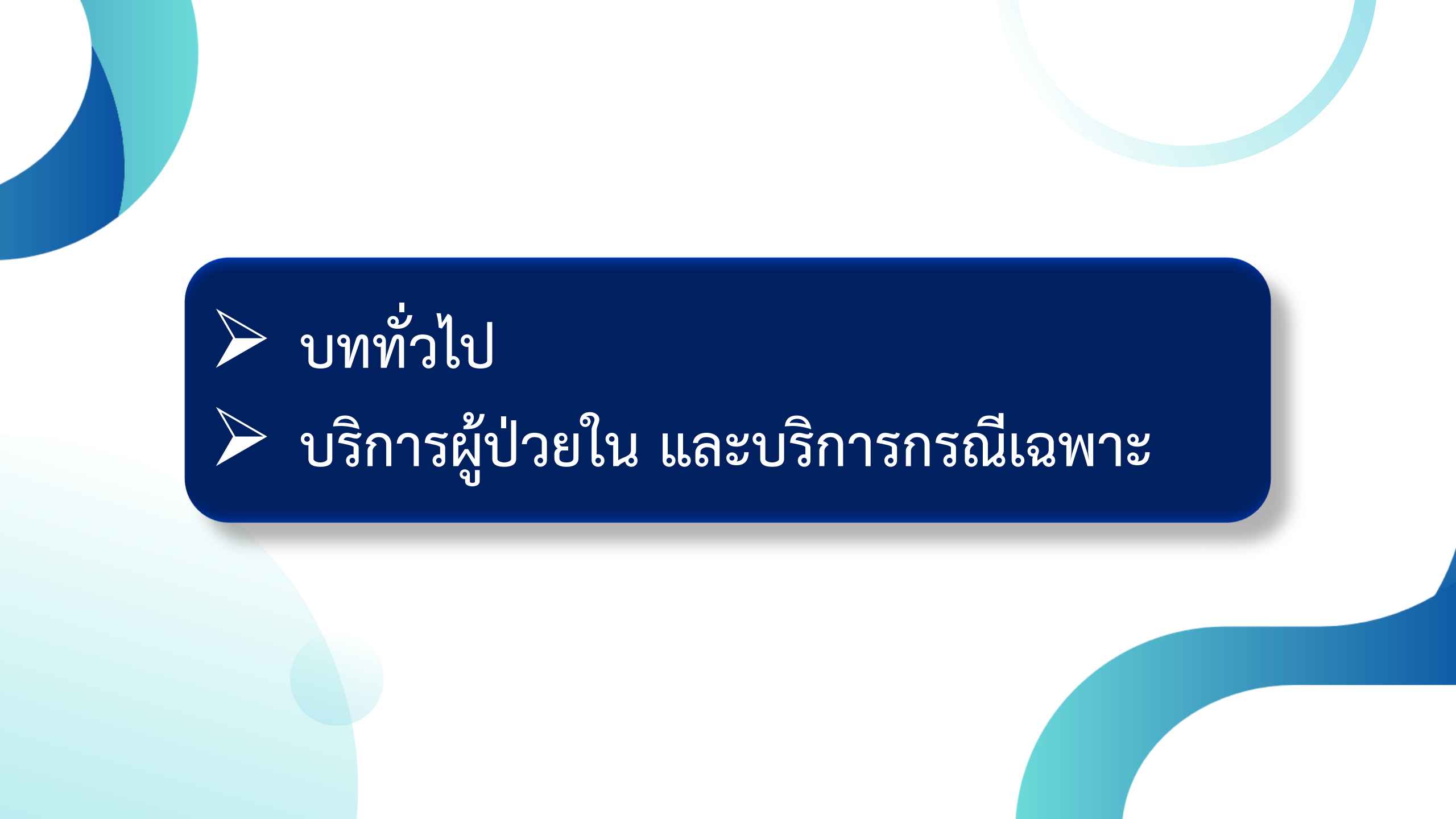


แนวทางปฏิบัติในการขอรับคำใช้ง่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)



สายบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





➤ บททั่วไป

➤ บริการผู้ป่วยใน และบริการกรณีเฉพาะ

หมวดทั่วไป



ประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การดำเนินงานและการ
บริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

บริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่สามารถรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
พ.ศ.2565 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ข้อ 5 บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

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

การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

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

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2016 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2016
3. รับไว้รักษาใน รพ. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้น D/C เป็น Dead, Refer, Escape และ Against Advice
4. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น
5. ต้องจัดทำ catalogue และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการ สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด ได้แก่ Drug catalog และ Service catalog
6. การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน

เกณฑ์การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

7. กรณีผู้ป่วยนอก

7.1 จ่ายตามประกาศรายการและอัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)

7.2 หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

7. กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ **DRGs Version 6** ในการคำนวณจ่าย

8. การจ่ายค่าใช้จ่าย **จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)**

9. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2569

9.1 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2568 – 15 กันยายน 2569

9.2 **ส่งภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2569**

10. มีระบบตรวจสอบก่อนการจ่าย (Pre audit) และหลังการจ่าย (Post audit)

ประกาศ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายที่เกี่ยวข้อง

- 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 พ.ศ.2568
- 2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการต่างๆ
 - ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่มีผลบังคับใช้ ณ 22 ก.ย. 2568 จำนวน 67 ฉบับ
 - ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย เตรียมเสนอลงนามภายในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 3 ฉบับ
 - ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่าย ที่จะปรับเปลี่ยน/ เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 26 ฉบับ

บริการผู้ป่วยใน



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง_ปี 2569
1.บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ	คงเดิม
2. บริการฉุกเฉินภาครัฐ	ปรับอัตราจ่าย - จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการ ที่มีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ 15 สิงหาคม ของปีงบประมาณก่อนหน้า ในอัตรา 120,000 บาทต่อคนต่อปี - ค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) จำนวน 728 รายการ จ่ายตามผลงานบริการ โดยจ่ายตามระบบ Point system within Global budget และจัดสรรเป็นรายไตรมาส

บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ประกอบด้วย 14 บริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง_ปี 2569
3. บริการกรณีเด็กแรกเกิด 3.1) เด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 3.2) เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และเด็กแรกเกิดที่ได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง 3.3) เด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN) 3.4) เด็กแรกเกิดปกติที่มีอายุ ≤ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ (นอกเหนือจาก 1, 2 และ 3)	คงเดิม
4. บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery : ODS)	คงเดิม
5. บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	คงเดิม
6. บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery : MIS)	คงเดิม
7. บริการสำรองเตียง	คงเดิม

บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ประกอบด้วย 14 บริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง_ปี 2569
8.บริการกรณีมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น กรณีเหตุสมควร	คงเดิม
9.บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)	คงเดิม
10.บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)	คงเดิม
11.การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative care)	คงเดิม
12.บริการผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IP)	คงเดิม
13.บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต	คงเดิม
14.บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	คงเดิม

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ



เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามตามที่กระทรวงกำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	 ประกาศ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ	- หน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาตรฐานบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569	
อัตราจ่าย	- ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป >> ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adj.RW >> ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) - จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตราจ่าย จำนวน 728 รายการ (ตามแนบท้ายประกาศ) - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก<u>ข้ามจังหวัด</u> จ่ายเพิ่มเติมรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ตามประกาศการจ่ายฯ กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568	- ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป >> ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adj.RW >> ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) - จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ 15 สิงหาคม ของปีงบประมาณก่อนหน้า ในอัตรา 120,000 บาทต่อคนต่อปี - ค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย จำนวน 728 รายการ (ตามแนบท้ายประกาศ) จ่ายตามผลงานบริการ โดยจ่ายตามระบบ Point system within Global budget และจัดสรรเป็นรายไตรมาส - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก<u>ข้ามจังหวัด</u> จ่ายเพิ่มเติมรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ตามประกาศการจ่ายฯ กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568	
โปรแกรม	e-Claim		

บริการผู้ป่วยใน (IP)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ.2567

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

- บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้วนเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว
- บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)
- บริการกรณีเด็กแรกเกิด
- บริการกรณีนวัตกรรมยานโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)
- บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน



บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2568 และ ปี 2569

บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ
บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต

บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต

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

หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง)
อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW

ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรม
แพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้าม
เขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการ
ภายในเขตทุกราย

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนี้ออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ	คงเดิม ประกาศโรคนี้และสลายนิ่ว
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	- หน่วยบริการ <u>ภาครัฐ</u> เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่าย ไม่เกิน ข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี - หน่วยบริการ <u>ภาคเอกชน</u> เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม  ประกาศบริการสำรองเตียง
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

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ	คงเดิม  ประกาศกรณีเด็กแรกเกิด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง(PUC)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด	
อัตราจ่าย	- เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม <u>หรือ</u>เด็กแรกเกิดที่ป่วย(RW $\geq$ 3) จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW - เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม <u>และ</u>เด็กแรกเกิดที่ป่วย(RW $\geq$ 3) <u>ที่ได้รับ</u> <u>หัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไขที่กำหนด</u> อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW - เด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW - เด็กแรกเกิดปกติ (นอกเหนือจาก 1, 2 และ 3) จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

คงเดิม



Microsoft Excel
Worksheet

อัตราจ่ายผ่าตัด
ย่านโยธี



ประกาศนวัตกรรมการ
รพทย์ย่านโยธี

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนดในประกาศ	คงเดิม  Microsoft Excel Worksheet อัตราจ่ายผ่าตัด ย่านโยธี  ประกาศนวัตกรรมการ รพทย์ย่านโยธี
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) สิทธิ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี - หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น - หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น	
อัตราจ่าย	1. หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา : จ่ายตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : จ่ายตาม DRGs อัตรา 9,600บาท/AdjRW ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)



เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	คงเดิม  ประกาศมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.)	
อัตราจ่าย	- จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด - หน่วยบริการ สป.สร. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ - บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW - บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)	คงเดิม  ประกาศบริการผ่าตัด วันเดียวกัน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW - กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง-- กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง - กรณีบริการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW	
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	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	คงเดิม  ประกาศบริการผ่าตัดผ่านกล้อง
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP (มีอายุรแพทย์โรคไต และมีศักยภาพเฉพาะทางเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ) 3. ตรวจสอบในโปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล (ฝ่ายบริหารงานทะเบียนกำลังดำเนินการ) https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/index.xhtml 4. ศักยภาพการบริการ >> H50 : บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต (อยู่ระหว่างงานทะเบียนดำเนินการ)	คงเดิม  ประกาศ บำบัดทดแทนไตแบบต่อ
ผู้มีสิทธิ	สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง	คงเดิม

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจน เนื่องจากหัวใจหยุดเต้น 2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 3. ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม 4. มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดต่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูง และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต	คงเดิม

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) บริการใน - นอก เขต จ่าย เหมือน IP โดย ตรวจสอบจากรหัส 3 องค์ประกอบ (ไม่นับหัวหมวด) กลุ่มที่ 1) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (8 รหัส) N17*, P96.0, N14*, D59.3, K76.7, O08.4, O90.4, N99.0 กลุ่มที่ 2) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (53 รหัส) K70.4, K72*, K71.1, O26.6, B15.0, B16.0, G93.1, G92 ,G93.4, I46.0, G93.6, I63*, I61*, I62*, I60*, G08, O08.8, O22.5, O29.1, O29.2, O74.3, O87.3, O89.2, O89.1, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, P91.6, P91.5, P91.0, P21.0 , E87.5, E87.2 , E87.7, I50 *, J81, R57*, O75.1, O08.3 , T78.0 , T80.5, T78.2 , T75.4, T75.0, T81.1, T79.4, A48.3, I95* หมายเหตุ ต้องมีรหัสโรค กลุ่มที่ 1 คู่กับกลุ่มที่ 2 อย่างน้อย 1 รายการ กลุ่มที่ 3. รหัส ICD 9 รหัสหัตถการ 3995	คงเดิม

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569									
อัตราจ่าย (ต่อ)	2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ADD ON) ในหมวดบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดหมวด จำนวน 2 รายการ ดังนี้ <table> <tr> <th>รหัส</th><th>บริการ</th><th>อัตราจ่าย</th></tr> <tr> <td>CRRT1</td><td>การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง<u>วันแรก</u></td><td>15,000 บาท</td></tr> <tr> <td>CRRT2</td><td>การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง<u>ในวันต่อไป</u> ไม่จำกัดจำนวนครั้ง</td><td>10,000 บาท</td></tr> </table>	รหัส	บริการ	อัตราจ่าย	CRRT1	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง <u>วันแรก</u>	15,000 บาท	CRRT2	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง <u>ในวันต่อไป</u> ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	10,000 บาท	คงเดิม
รหัส	บริการ	อัตราจ่าย									
CRRT1	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง <u>วันแรก</u>	15,000 บาท									
CRRT2	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง <u>ในวันต่อไป</u> ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	10,000 บาท									
โปรแกรม	ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)	คงเดิม									

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward)



เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 11 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์	
อัตราจ่าย	1. จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW 2. บริการในเขตและข้ามเขต อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง	คงเดิม  ประกาศการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home v
โปรแกรม	ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED	

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

บริการปี 2568 และ 2569

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข  ประกาศกรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ 1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท 2) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวนจาก 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 = $\text{Reimburse ratio} \times [\text{Loss} - (0.5 \times \text{OLT})]$ กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

การดูแลแบบประคับประคอง

บริการปี 2568 และ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ** ไม่สามารถเบิกซ้ำกรณีเบิกครบ 6 เดือนแล้ว <u>ยังไม่เสียชีวิต</u>	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	ประกาศการดูแลแบบประคับประคอง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (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 ที่สามารถส่งจ่ายยาตาม (2) ได้ โดยการส่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน	
อัตราจ่าย	1. จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท/เดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน 2. จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในอัตรา 3,000 บาท หากมีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงาน จะจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต 3. กรณีการให้ยากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต	
โปรแกรม	e-Claim	

กองทุน Central Reimbursement



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประเภทบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ	คงเดิม
2. ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)	- ปรับอัตราจ่าย ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา จาก เหมาจ่าย เป็น ในอัตราตามจริงไม่เกิน
3. บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST- Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)	- ปรับอัตราจ่าย ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา จาก เหมาจ่าย เป็น ในอัตราตามจริงไม่เกิน - ยกเลิก ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA
4. บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม	- ไม่เปลี่ยนแปลง – ** ปี 2568 จัดทำประกาศโดยอ้างอิงจาก คู่มือปี 2565
5. บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นผู้มีสิทธิ (ER-คุณภาพ)	- ไม่เปลี่ยนแปลง – ** ปี 2568 จัดทำประกาศโดยอ้างอิงจาก คู่มือปี 2565

ประเภทบริการ

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

6. บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๐๐ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
"100	4815	4.8.15 ขดลวดปิดกั้นหลอดเลือด (Coils) หรือขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil) ลักษณะ เป็นขดลวด มีรูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน (Pre-Shaped) ข้อบ่งชี้ 1. ใช้อุดโพรงหลอดเลือดในโรคที่มีการเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ (AVM) 2. ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง และเป็นการรักษาที่จำเพาะกับหลอดเลือดที่รอยโรคโดยตรง 3. สำหรับรักษาผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	4,500"

7. บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

1. ปี 2568

- รวมประกาศอุปกรณ์ฯ ฉบับที่ 1-8
- ยกเลิกอุปกรณ์รหัส 4411 ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil) เปลี่ยนมาใช้รหัส 4815 ขดลวดปิดกั้นหลอดเลือด (Coils) หรือขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil) แทน (เดิมเป็นอุปกรณ์ในประกาศ UCEP ภาครัฐ)
- ปรับราคาอุปกรณ์รหัส 4420 สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจ เอเทรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter) จากอัตราจ่าย 6,000 บาท เป็น 14,175 บาท

2. ปี 2569

- ปรับรายการราคา /ปรับข้อบ่งชี้ หมวด 7 กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ 41 รายการ (รอลงนาม)

ปี 2569 รอเข้าอนุฯ พัฒนา อนุฯ กองทุน และบอร์ดหลัก

- เพิ่มชุดประสาทหูเทียมแบบก้านสมอง (Auditory Brainstem Implant - ABI)
- ขยายข้อบ่งชี้ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant) เดิม อายุ < 5 ปี เป็นอายุมากกว่า 3 ปี 6 เดือนแต่ไม่เกิน 20 ปี

ประเภทบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
8. บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน	คงเดิม
9. บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า	คงเดิม
10. บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (CPAP)	คงเดิม
11. บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)	คงเดิม
12. บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI)	คงเดิม
13. บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม	คงเดิม
14. บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก	คงเดิม
15. บริการการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)	คงเดิม

ประเภทบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
16. บริการจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา/ DSEAK	ปี 2569 ปรับเรื่องศักยภาพหน่วยบริการ และอัตราจ่าย
17. บริการสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)	คงเดิม
18. บริการอื่นๆ - สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนใช้บริการตลอด - สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนใช้บริการ	คงเดิม

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)



เดิม ปี 2568		ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือ ฟันฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็น เครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่าย (ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา <u>ในอัตราตามจริงไม่เกิน</u> (ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim	

บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)



เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด		
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	1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา <u>ในอัตราตามจริงไม่เกิน</u> 10,000 บาท/ครั้ง 2. ยกเลิก ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial	
โปรแกรม	e-Claim		

คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

เดิม ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

- หลักเกณฑ์ เงื่อนไข**
1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง)
 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการ จัดระบบรับส่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ
 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัย หรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน
 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถาน บริการอื่น มาับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ
 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพฉ. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มี ภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวม กรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ

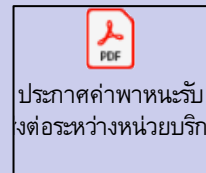
ผู้มีสิทธิ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)

หน่วยบริการ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- อัตราจ่าย**
1. รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท
 2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์
 3. หากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิข้ามจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ประจำ: ให้จ่ายชดเชยในอัตรา 70 บาท/ครั้ง

โปรแกรม e-Claim

คงเดิม



บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

คงเดิม

ประกาศกองทุน ระบุ กำหนดเป็น
เป้าหมายระดับเขตพื้นที่เบื้องต้นตั้งแต่
ต้นปีและให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกที่
หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวาง
แผนการให้บริการเป็นไปตามเป้าหมายที่
กำหนด



ประกาศผ่าตัดต่อกระจก

จก

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตาม มาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดใน โปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/_CPP/
อัตราจ่าย	- กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง - กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง - กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือ มีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง - จ่ายเพิ่มค่าอุปกรณ์ ดังนี้ - ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้ - เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท - เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท - ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	e-Claim

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)



เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน	คงเดิม  ประกาศ ER คุณภาพ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)	
โปรแกรม	e-Claim	

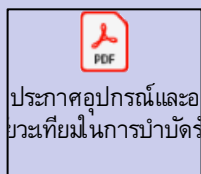
อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการปี 2568 และ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข



ประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

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

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทดุเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทดุเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม - ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	คงเดิม - อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ เรื่องอายุผู้รับบริการ  ประกาศประสาทดุเทียม
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	

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการปี 2568 และ 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข  ประกาศโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็น ผู้ป่วยนอก 2. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย ขอบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแนบท้ายประกาศ (อายุ 50 ปีขึ้นไป)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการ ผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับ จากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด
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

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (ต่อ)

บริการปี 2568 และ 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)

อัตราจ่าย	2. จ่าย Add on ค่าอุปกรณ์ในการรักษาตามประกาศฯ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนน ภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) - เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) รหัสอุปกรณ์ 3012 อัตราจ่าย 20,000 บาท/ชุด (1 เครื่อง/ 5 ปี) - หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3013 อัตราจ่าย 3,000 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ปี) - ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3019 อัตราจ่าย 1,500 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ 5 ปี)
โปรแกรม	e-Claim

บริการ Robotic Surgery

บริการปี 2568 และ 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 11 มิถุนายน 2568)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก, เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน (อายุ 18- 85 ปี)		
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	ประกาศ Robotic Surgery	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามเกณฑ์ประเมินแนบท้ายประกาศ (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)		
อัตราจ่าย	1.จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศ - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง 3. จ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ โดยจ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ หมายเหตุ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เบิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค		
โปรแกรม	e-Claim		

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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 <u>ไม่ผ่าน</u>ตามข้อบ่งชี้ และข้อห้ามที่กำหนดในประกาศ	คงเดิม  ประกาศ CAG-PCI
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ระดับ 1, 2) - กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้าน ขอทำความเข้าใจกับสำนักงานเป็นรายกรณี	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ 1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม(Total knee prosthesis) ในอายุน้อยกว่า 55 ปีต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด 2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัดทุกราย	คงเดิม  ประกาศข้อเข่าเทียม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/CPP/	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ • ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยรัฐ) • ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่ง ทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่าการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากฟันเทียมของ กระทรวงสาธารณสุข	คงเดิม  ประกาศบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม	
อัตราจ่าย	1. รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ 2. ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา 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 จำนวน ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี	
โปรแกรม	1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim 2. จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI	

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 ต้องมีหลักฐานการส่งจ่าย และหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ
- แนบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา(ถ้ามี)

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) แก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	คงเดิม  ประกาศการจ่าย บริการเฉพาะเพื่อลดค
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรค ที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)	
อัตราจ่าย	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท	
โปรแกรม	e-Claim	

ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา		
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)		ประกาศการจ่าย บริการเฉพาะเพื่อลดศ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ ดวงตาสภากาชาดไทย	(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา (ข) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการ ปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) (ค) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ใน อัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตา ชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ ในอัตรา ดวงตาละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายตาม DRGs กรณี ผู้ป่วยในทั่วไป	1) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจก ตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ก) ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ข) ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ (ค) จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	
โปรแกรม	e-Claim		

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ ในผู้ป่วยนอกต้องมีการพิสูจน์ตัวตน	คงเดิม  ประกาศ จำเป็นต้องกำกับและดู
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	
อัตราจ่าย	ครั้งละ 35 บาท/วัน (เบิกได้ไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ)	
โปรแกรม	e-Claim	

การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. <u>กรณีรักษาทั่วไป</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม 2. <u>กรณีคลอดบุตร</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิประกันสังคม	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	1. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการ FS อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วย Point system with Global budget หากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับ 2. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	
โปรแกรม	e-Claim	



บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด



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 แต่ ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช. 2. บันทึก data form และ กดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process) 3. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date ไม่ตรง กับวันที่เข้ารับบริการ 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) และถูก ชะลอการจ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง   Adobe Acrobat Document



บริการผู้ป่วยนอก

บริการผู้ป่วยนอก



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569 บริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



สายงานบริหารกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์การจ่าย วิธีการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

รายละเอียด	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้รับบริการ	ผู้มีสิทธิซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ ของตน เพื่อรับบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการซึ่งให้บริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
เครือข่าย	เครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อ ทั้งนี้ ตามที่สำนักงานกำหนด	คงเดิม
โปรแกรมส่งเบิก	E-Claim	หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งเบิกผ่าน NHSO Digital Platform หน่วยบริการประจำ ส่งเบิกผ่าน E-Claim

Central Reimburse

รูปแบบการจ่าย	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน : OPAE ■ ในเครือข่าย (OP Type 2) ■ นอกเครือข่าย (OP Type 3)	- จ่ายตามรายการบริการ ตามอัตราในประกาศฯ FS - รายการที่ตรงกับกองทุน CR • CR กลาง สปสช. จ่ายชดเชยจากกองทุนกลาง สปสช. • CR กทม. จ่ายชดเชยจากกองทุน CR กทม.	<u>กรณีตรงตามบัตร</u> เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการรับส่งต่อ ซึ่งตรงหน้าบัตรของผู้รับบริการ จ่าย 200 บาท / ครั้ง สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ แล้วแต่กรณี จากรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัวที่หน่วยบริการประจำจะได้รับ <u>กรณีไม่ตรงตามบัตร</u> - จ่ายจากกองทุน OPAE (กทม.) • หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จ่ายตามรายการบริการที่กำหนดในประกาศ OPBKK • รพ.รับส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการบริการ และ อัตราที่กำหนดตามประกาศ FS สปสช. - กำหนดการรับบริการไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ปี กรณีเกินกว่าที่กำหนดให้อุทธรณ์เป็นรายการณี

Central Reimburse

รูปแบบการจ่าย	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
OP พิการ	- สิทธิย่อยผู้พิการ (74) เข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ทั้งตรงตามบัตรและไม่ตรงตามบัตร - HCODE = หน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการบริการ แนบท้ายประกาศ กทม. (FS ปฐมภูมิ กทม.) - HCODE = รพ.รับส่งต่อไป จ่ายตามรายการบริการ และอัตราตามประกาศ ฯ FS ของ สปสช - รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR - เพิ่มเติมสิทธิทหารผ่านศึกเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ทั้งตรงตามบัตรและไม่ตรงตามบัตร โดยการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีทหารผ่านศึกสำหรับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2568	คงเดิม
HIGH COST	รายการบริการผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามที่สำนักงานกำหนด โดยจ่ายจากงบบริการผู้ป่วยนอกที่กันไว้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	คงเดิม
OP DENT (กองทุนทันตกรรม)	ค่าบริการในการรักษาทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามรายการที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าเครื่องมือ ยาพื้นฐานสำหรับทำหัตถการ และวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ด้วย	คงเดิม

Central Reimburse

รูปแบบการจ่าย	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีเหตุสมควรที่มีความจำเป็น	1. ในเครือข่ายจ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาท/ครั้ง จาก Capitation 2. กรณีนอกเครือข่าย จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาทต่อครั้ง จาก กองทุน OP เหตุสมควรที่มีความจำเป็น	1. กรณีตรงตามบัตร จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาท จาก Capitation 2. กรณีไม่ตรงตามบัตร จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาท จากกองทุนเหตุสมควรที่มีความจำเป็น

Capitation

รูปแบบการจ่าย

เดิม ปี 2568

ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

Model 1,2,4,5.3 (หน่วยบริการภาครัฐ)

กรณีหน่วยบริการรักษาผู้ป่วยบัตรของตนเอง ซึ่งมีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำ (OP Type 5)

1. HCODE = HMAIN ได้รับเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร (Model 1,2,4) / ได้รับจัดสรรงบบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมนอกจากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของหน่วยบริการภาครัฐซึ่งได้รับจากเงินงบประมาณ (Model 5.3)
2. จ่ายเพิ่มเติม รายการที่ตรงกับกองทุน CR สปสช. / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR

กรณีผู้ป่วยบัตรศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้ารับบริการตรงตามบัตร (OP Type 6)

1. HCODE = ศูนย์บริการสาธารณสุข จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อ visit 160 บาท/visit หรือ 320 บาท/ visit ตามที่ตกลง
2. จ่ายเพิ่มเติม รายการที่ตรงกับกองทุน CR สปสช. / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR

คงเดิม

Model 5

รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่าย (OP Type 6)

1. มีใบส่งตัว (Refer) ระดับปฐมภูมิกับประจำจ่ายตามรายการ Fee schedule ที่กำหนดในประกาศ OPBKK
2. ไม่มีใบส่งตัว จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาท/ครั้ง
3. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR

รับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกปฐมภูมิ (OP Type 7)

1. มีใบส่งตัว (Refer) ระดับปฐมภูมิกับประจำจ่ายตามรายการ Fee schedule ที่กำหนดในประกาศ OPBKK
2. ไม่มีใบส่งตัว จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย 200 บาท/ครั้ง
3. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR

คงเดิม

OP Refer

รูปแบบการจ่าย	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
OP Refer ในเครือข่าย (OP Type 0)	<u>Model 1,2,4,5.3</u> 1. จ่ายตามรายการบริการ ตามอัตราในประกาศฯ FS 2. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR <u>Model 5</u> 1. จ่ายตามรายการบริการ ตามอัตราในประกาศฯ FS 2. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR 3. หน่วยบริการปฐมภูมิ (HSUB) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกิน 800 บาท ส่วนเกินจาก 800 บาท จากการกันเงิน OP Refer	คงเดิม
OP Refer นอกเครือข่าย (OP Type 1)	<u>Model 1,2,4,5.3</u> 1. จ่ายตามรายการบริการ ตามอัตราในประกาศฯ FS 2. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR <u>Model 5</u> 1. หน่วยบริการที่รักษา/ส่งเบิกต้องเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อทั่วไป 2. จ่ายตามรายการบริการ ตามอัตราในประกาศฯ FS 3. รายการที่ตรงกับกองทุน CR กลาง / CR กทม. จ่ายจากกองทุน CR 4. หน่วยบริการปฐมภูมิ (HSUB) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกิน 800 บาท ส่วนเกินจาก 800 บาท จากการกันเงิน OP Refer	คงเดิม

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เงื่อนไขการจ่าย	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ	หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ นี้ตามประกาศฯ คณะกรรมการ สปสช.เกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ	คงเดิม
การตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย	1. การตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ทั้งกรณีกองทุนกลาง กทม. และกรณีรับส่งต่อ (OP Refer) 2. กรณีรับส่งต่อ ข้อมูลที่หน่วยปฐมภูมิ ยอมรับ จะนำไปประมวลผลจ่าย ข้อมูลที่หน่วยปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำไม่ยอมรับ ส่งกลับหน่วยบริการรับส่งต่อเพื่อให้ตรวจสอบภายในระยะเวลาที่กำหนด 3. กรณีที่หน่วยปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำไม่ตรวจภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลจะอนุมัติโดยระบบ (Auto approve) และนำไปประมวลผลจ่าย	คงเดิม

กรณีบริการผู้ป่วยนอก (OP)

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1

OPAЕ

บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ
หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด
- 2

OP
Refer

บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ
- 3

OP
Anywhere

การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขใน
หน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณี
ที่มีเหตุสมควร





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศ OP_บึงฯ 67

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับ <u>หน่วยบริการประจำ</u> 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง	คงเดิม
	- ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด - ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วัน นับจากวันที่รับบริการ - ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการ ครั้งแรกหลังจำหน่าย - ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษา ต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม - ผู้รับบริการจากกรณีเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงิน จาก พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม - ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ - ทหารผ่านศึก - คนพิการ	คงเดิม

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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 $\leq 1,600$ 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 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควรข้ามจังหวัด นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย	คงเดิม
อัตราจ่าย	- จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS - การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่ายข้ามจังหวัด กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS **กรณีบริการในจังหวัดค่าใช้จ่ายตกกอง OP Hmain ตามจ่ายกันเองในจังหวัด	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

บริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

DM / HT

บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

- T1DM
- GDM
- PDM
- T2DM
- HT
- DM Remission (ตามร่างประกาศ ปิงบฯ 69)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๔.๑ และข้อ ๕๔.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

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



1. กรณิบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) E10* เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ <u>หรือ</u> 2) P70.2 Neonatal DM ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อน อายุ 30 ปี <u>หรือ</u> 3) E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia <u>หรือ</u> 4) E14* Unspecified DM	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย	คงเดิม

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	<u>1. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตาม ดังนี้</u> 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) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดย</u> 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 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy <u>หรือ</u> 2) O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม
อัตราจ่าย	เหมาะจ่ายครั้งเดียว จำนวน 2,620 บาท /ราย	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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. กรณีสวัสดิการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับประกันว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) ต่อ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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

5. กรณีบริการเบาหวานระยะสงบ (DM remission)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ไม่มี	บริการใหม่ เริ่มปีงบประมาณ 69 (ร่างประกาศ) 1) มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้ารับบริการ 3) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี 4) และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) 5) ผู้ป่วยที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ DM ได้สำเร็จ คือ ผู้ป่วยที่มีค่าระดับ HbA1c < 6.5% ติดต่อกัน / ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน หลังหยุดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือหลังผ่าตัด หรือไม่ได้ใช้ยาตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ด้วยการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด
ผู้มีสิทธิ		ผู้ป่วยที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ DM ได้สำเร็จ สิทธิ UC
หน่วยบริการ		หน่วยบริการในระบบ UC ที่มีศักยภาพในการให้บริการเบาหวานระยะสงบ ที่ผ่านการประเมินตนเอง
อัตราจ่าย		เหมาจ่ายครั้งเดียว จำนวนบาท /รายผู้ป่วยที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้สำเร็จ
โปรแกรม		e-Claim

กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

รายการเพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569 : กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก

รายการเพิ่มเติม_ปี 2569 (ตามร่างประกาศฯ)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก อายุ 30-40 ปีบริบูรณ์ และมีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย -หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข -การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือมีสูตินรีแพทย์ หรือมีสูตินรีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
อัตราจ่าย	1) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน หรือ 2) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI: Intra-Uterine Insemination) จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน 3) จ่ายค่าบริการการตั้งครรภ์หลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) เหม่าจ่ายในอัตรา 100,000 บาท โดยครอบคลุมการตรวจทางพันธุศาสตร์ และการย้ายตัวอ่อน (ET: Embryo Transfer) ได้ 2 ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โดย ผู้แทนฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ

บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2567



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง
บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนําของคณะกรรมการ
กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง
สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ญาติสายตรง” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน

ข้อ ๕ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๖ การให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการตามประกาศนี้ ยกเว้นบริการคัดกรองโรคซิฟิลิสในรายการ ๓.๒ ของเอกสารหมายเลข ๑
แนบท้ายประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้
ให้ถือเป็นภาระให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเจตน์ ชรรณศิริ)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) ปีงบประมาณ 2568



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง
และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในรายการ ๔ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕ ให้เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ขอสงวนไว้ก่อน: หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘
นายแพทย์ นพ. อรรถสิทธิ์
ผู้อำนวยการสำนักงาน สป.สส.๖๖๖๖๖๖



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2568 -2569

รายการปีงบประมาณ 2568

(จำนวน 25 รายการ)

1. บริการการทดสอบการตั้งครรภ์
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
5. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส
6. การตรวจหลังคลอด
7. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
10. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
11. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มี ประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์
13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
14. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
15. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

16. บริการเคลื่อนฟลูออไรด์
17. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
18. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
19. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
20. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี
21. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
22. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
23. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
24. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด
25. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค

รายการปีงบประมาณ 2569

(จำนวน 5 รายการ)

1. บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต **
2. บริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ **
3. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก **
4. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก **
5. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection) **

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2569

1

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

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

หมายเหตุ:

1. * หมายถึง รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง
2. ** หมายถึง รายการใหม่

2

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

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

3

กลุ่มอายุ 12-59 ปี (21 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. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี *
11. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี
12. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
13. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
14. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
15. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด
16. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค
17. บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต **
18. บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ **
19. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก **
20. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก **
21. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection) **

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2567
: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2 ปีงบประมาณ 2568)
- ร่างประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 3) ปีงบประมาณ 2568 ,ปี 2569

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2568 -2569

รายการเดิมที่ปรับ	เงื่อนไขบริการที่ปรับเพิ่ม
<u>เพิ่มเติม ปี 68</u> 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	<u>ปรับปี 68</u> (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 25 มิ.ย 68 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มิ.ย. 68) 1. เพิ่มวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง 1.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายอัตรา 2,500 บ.ต่อการตั้งครรภ์ หรือ 1.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test 2. บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง 3. การตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม
2) บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี - ตามประกาศฯ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2566 และประกาศฯ PPFS พ.ศ. 2567 กำหนดให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม KTB และโปรแกรม NAP (ในกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม)	<u>ปรับปี 68</u> (ตามประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2568 ลว 19 มีนาคม พ.ศ. 2568) - กำหนดให้ กรณีบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี บันทึกผ่านระบบโปรแกรม KTB โดยมีผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2568 -2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการใหม่ ปี 68</u> 1) บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling)	<u>ปรับปี 68</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2568 (ฉ 3) - ผู้รับบริการที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน - บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling) รายบุคคล ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน เบิกได้ไม่เกิน 2 รอบ / คน / ปีงบประมาณ - หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต มีศักยภาพในฐาน Reghos และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP) - ค่าบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต รวมการส่งต่อ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 153 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน = 1 รอบ เบิกได้ไม่เกิน 2 รอบ / คน / ปีงบประมาณ - ระยะห่างรอบที่ 1 และ 2 ต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน (≥ 30 วัน) - บันทึกเบิกผ่าน โปรแกรม e-Claim
2) บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ	<u>ปรับปี 68</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2568 (ฉ 3) - บุคคลผู้มีความต้องการยืนยันเพศสภาพ จ่ายตาม Protocol 1-4 - เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ - กรณีรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ตามรายการ FS และจ่ายตามจำนวนครั้งที่กำหนดตาม Protocol 1-4 - กรณียาและฮอร์โมน จ่ายระบบ VMI ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา - บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการเดิม /รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการปรับ ปี 68</u> 1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี NIPT	<u>ปรับปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 1. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและมีศักยภาพ ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 หรือ ผ่านการรับรองมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงมาตรฐานสากล
2) บริการคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี	<u>ปรับปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล HBsAg เป็นบวก จำ要按照รายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1. Hepatitis B virus HBV PCR - viral load จ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อครั้ง (รายการ FS) คนละ 1 ครั้งตลอดชีวิต 3. บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 2) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 1. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือดเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข - ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง - ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 650 บาทต่อครั้งต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ - การตรวจ ELISA /การตรวจChemiluminescence/การตรวจFluorescence - บันทึกผ่านโปรแกรม NTIP

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 3) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - กลุ่มอายุ 6 เดือนถึง 12 เดือน และกลุ่ม อายุ 3 ปี ถึง 6 ปี - ตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct จ่ายในอัตรา 30 บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ - บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim - สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิใน พท.กทม. ให้บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม NHSO Digital Platform
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 4) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - กลุ่มอายุ อายุ 2 เดือนถึง 5 ปี อายุ 6 ถึง 12 ปี - บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็กจ่ายในอัตราเหมาจ่าย 50 บาทต่อครั้งต่อปี - บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim - สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิใน พท.กทม. ให้บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม NHSO Digital Platform

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 5) การตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> - ผู้หญิงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทุก 5 ปี ด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงFRAX® - ตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก ด้วยเครื่อง Dual energy X-ray Absorptiometry (DXA) จำยตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 6) การตรวจคัดกรอง Autistic disorder ด้วยเครื่องมือ TDAS	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - เด็กไทย อายุ 12- 60 เดือน ที่ผ่านการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM มีพัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติชัดเจน - หน่วยบริการที่สามารถให้บริการการตรวจคัดกรอง Autistic disorder ด้วยเครื่องมือ TDAS ได้ และมีบุคลากรสหวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล/นักกิจกรรมบำบัด/นักจิตวิทยา/นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องมือ TDAS และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรอง ที่ผ่านการรับรองโดยกรมสุขภาพจิต - การคัดกรองภาวะออทิสซึม โดยเครื่องมือ TDAS จำยในอัตราที่กำหนดตามประกาศ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1.) บริการฝากครรภ์	
1.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ (รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน)	360
1.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	600
1.2.1 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	
1.2.2 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส, และ HIV	190
1.3 ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์	400
1.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน	500

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
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 ค่าทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
2.2.2 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) DNA Based Analysis	3,000
2) Hemoglobin typing	270

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
3.) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และ บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	
3.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย	120
3.2 บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	50
3.2.1 ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธีการตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) หรือ	
3.2.2 การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)	
3.3 บริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส	100
3.3.1 ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT	

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
4.) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	
4.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
4.1.1 การเจาะเลือด	100
4.1.2 การเจาะเลือดและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	200
4.2 ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	
4.2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT)	2,500
4.2.2 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ หรือ	2,600
4.2.3 การตรวจ Quadruple test	1,200
4.2.4 การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับ เลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	1,300

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
4.) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	
4.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
4.3.1 ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
4.3.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์	2,500

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
5.) การตรวจหลังคลอด	
5.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด	150
5.2 ค่ายาเสริม ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	135
6.) การทดสอบการตั้งครรภ์	
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	75

2. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6-12 ปี)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
บริการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในเด็กแรกเกิด	
7.) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	
7.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	135
7.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	350
8.) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	500
9.) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา ค่าดำเนินการและค่าบริการตรวจประเมิน	
9.1 เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	800
9.2 เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab)	1000

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
10.) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600
11.) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
11.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250
11.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	
11.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50
11.2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280
2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370
11.2.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250
11.3 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900
12.) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	
12.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	500
12.2 บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2	
12.2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	10,000
12.2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	2,500

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

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
18.) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	
18.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100
18.2 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
18.3 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)	
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	20
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
2.1) เทคนิค Solid media	200
2.2) เทคนิค Liquid media	300
18.4 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)
19.) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ปี	
ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ปี	50
การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	1,300
20.) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	
20.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti-HCV Screening test)	50
20.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สำหรับผู้รับบริการ ที่มี	
ผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้	
1) HCV core antigen	400
2) HCV RNA (qualitative method)	1,690

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
21.) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์		22.) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
21.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน		ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)	150
21.1.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	40		
21.1.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	80		
21.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50	23.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	
21.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	10	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	จ่ายในอัตราไม่เกิน 2,400
21.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60		
21.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800		
21.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด			
21.6.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,150		
21.6.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	350		

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
24.) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	
22.1 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวาน	40
22.2 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและ ตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอด อาหาร 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

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
26.) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)	
26.1 ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา	100
26.2 ค่าจัดส่ง	100
26.3 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs)	650
27) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
- การตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct	30
28.) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
- บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก	50

1) บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการฝากครรภ์ กิจกรรมบริการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขต ของบริการสาธารณสุข (โดยค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุข) 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 4. บริการตรวจอัลตราซาวน์ จำนวน 1 ครั้ง 5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	

1) บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง รวมถึงค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ ➤ 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”	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	

2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่	คงเดิม
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 ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์	

2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	- 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 - ตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ - ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ - DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP เขต 13 : โปรแกรม KTB	

3) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขต บริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียได้	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย เหมาะจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB	

3.2) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย 1 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 2. ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี 3. เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	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) รายชื่อผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายชื่อผลคัดกรองเป็นลบ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3) - กรณีการตรวจด้วยวิธี วิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายชื่อผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

3.2) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	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	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง	

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) หรือ 2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test หรือ 2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรัมจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด 3. การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้ 3.1 การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) 3.1.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ 3.1.2 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 4. กรณีผลตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) มีความเสี่ยงสูงให้ตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม 4.1 การตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม	

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1.1 หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) - เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี NIPT - เป็นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และมีศักยภาพในการให้บริการ ดังต่อไปนี้ - ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 ในรายการตรวจคัดกรองอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Testing : NIPT) หรือผ่านการรับรองมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงมาตรฐานสากล - น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In vitro diagnostics : IVD) ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ 1. ชุดน้ำยาสำหรับสกัดสารพันธุกรรมชนิด Cell-free DNA 2. ชุดน้ำยาสำหรับเตรียมตัวอย่าง DNA Library 3. หลอดเก็บตัวอย่างเลือดชนิด Cell-free DNA (cf DNA tube)	คงเดิม

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	- เทคนิคที่ใช้ในการตรวจ คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐาน Next Generation Sequencing โดยต้องเป็นการบริหารจัดการและตรวจวิเคราะห์ภายในประเทศเท่านั้น และรายงานผล Trisomy 21, 13 และ 18 เป็นอย่างน้อย - หากมีการเปลี่ยนแปลง เช่น วิธีการทดสอบ น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ต้องแจ้งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานที่รับรองมาตรฐานทราบภายใน 30 วัน - มีการจัดเก็บรักษาความปลอดภัยของระบบข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) - ผู้ตรวจวิเคราะห์ ต้องมีความพร้อมและประสบการณ์ และได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT)	คงเดิม

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.1 การเจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ 1.2 การเจาะเลือด พร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผล ในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป 2.2 จัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,600 บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผล ในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป หรือ 2.3 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 2.4.การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรัมจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์	คงเดิม

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	3. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) 3.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 3.1 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1 – 12 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS เขต 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS <u>กรณีบริการ NIPT</u> เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

5) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 และ 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 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 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

6) การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 1 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด 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 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

7) การตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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	

8) บริการทดสอบการตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง บริการไม่เกิน 4 ครั้งต่อ ปี จ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	

9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน 2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด 3. บริการใส่ห่วงอนามัย 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.2 บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด 5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน 6. บริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	
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 ผู้ที่มีประวัติไม่เกรนแบบมีออรา	

9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บ. ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 3. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ. ต่อครั้ง ต่อปี 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,150 บาทต่อครั้ง 4.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท 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	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

10) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	ให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1.1 วิธีการใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ - การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ - การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2. กรณียุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. วิธีการใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน(Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (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 อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติ ถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง

3

หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ

4

หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

5

หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลัง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

11) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ 1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้	

11) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ตามรายการและอัตรา ดังนี้ เขต 1-12 : 1. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อคนต่อปี 2. เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายใน อัตรา 1000 บาทต่อคนต่อปี เขต 13 : ค่าบริการตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตาและสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร เพื่อวินิจฉัย เหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้งต่อปี	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13: โปรแกรม KTB	คงเดิม

12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี	คงเดิม
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 รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (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	

12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้	คงเดิม
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	1. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA เหมาจ่ายอัตรา 250 บ./ครั้ง 2. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (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	

13) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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	

14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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	

14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ขอบเขตบริการ	4. หากตรวจพบผลดี้อย่า First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดี้อย่า Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า (RR/MDR-TB) โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง 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 - เทคนิค Liquid media	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)	

14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	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	คงเดิม
โปรแกรม	- บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub - ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

15) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) 2. ผู้มีอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน)	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) จำนวน 1 ครั้งต่อปี 2. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	

15) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. อายุ 35- 59 ปี ➤ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG เหมาะจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี 2. อายุ 45- 70 ปี ➤ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาะจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี 3. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป ➤ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาะจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวที่ตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย PPFS 2567 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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: <u>เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</u> สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีนBRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)	

16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรมรวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ 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	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim	

17) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	➤ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➤เขต 13 : เด็กแรกเกิด - 12 ปี และ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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. ตรวจคัดกรองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้โดยอย่างน้อยหนึ่ง ดังนี้ 2.1 เจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือ 2.2 เจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	➤ เขต 1-12 : ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายในอัตรา 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	

18) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	➤ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➤เขต 13: เด็กแรกเกิด - 12 ปี และผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	➤เขต 1-12 : บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) ➤เขต 13: บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - เด็กอายุ 2 เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด < 2,500 กรัม - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี , 2-5 ปี , 6-12 ปี - กลุ่มผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	➤ เขต 1-12 : ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก 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	

19) บริการเคลือบฟลูออไรด์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มีอายุ 25 - 59 ปี กลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ)	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิช ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
โปรแกรม	เขต 1-12 : บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB เขต 13 : บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB เขต 1-13 : บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB (รายการผู้ต้องขัง)	

20) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
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	

21) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535	
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต	- เพิ่มเติม การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล HBsAg เป็นบวก - รายการ Hepatitis B virus HBV PCR - viral load จ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อครั้ง (รายการ FS) คนละ 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน	
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB	เขต 1-13 บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim

22) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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)	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	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	

22) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหม่าจ่ายอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหม่าจ่ายอัตรา 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	คงเดิม
โปรแกรม	1. ตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim	

23) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ Urine OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1.1 มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.2 เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 1.3 มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ	คงเดิม
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	ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

24) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการค้นหาคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง (ลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขตามแนวทาง/ หลักเกณฑ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์) 2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ 1 ครั้งทุก 2 ปี	
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการใน 2 กิจกรรม ดังนี้ 1. บริการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง 2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ อัตราไม่เกิน 2,400 บาท/ ครั้ง/ 2 ปี	
โปรแกรม	บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim	

25) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค

หัวข้อ	ปี 2568	ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่ 1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI) 2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ 3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล 4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์ 5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์	
หน่วยบริการ	บริการหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีน จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อโดส	
โปรแกรม	เขต 1-12 บันทึกผ่านโปรแกรม Moph Claim เขต 13 บันทึกผ่านโปรแกรม KTB กรณีบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	

บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)

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

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14รายการ)

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

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14 รายการ)

ลำดับ	รายการ	อายุ	ความถี่	อัตรา (บาท)	กองทุน
1	การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
2	การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30 – 39 ปี	ทุก 2 ปี	50	สปส.
		40 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
3	การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์ 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	น้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	40	สปส.
		35 – 59 ปี	1 ครั้ง/ปี	40	สปสช.
9	เชื้อไวรัสตับอักเสบบี 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

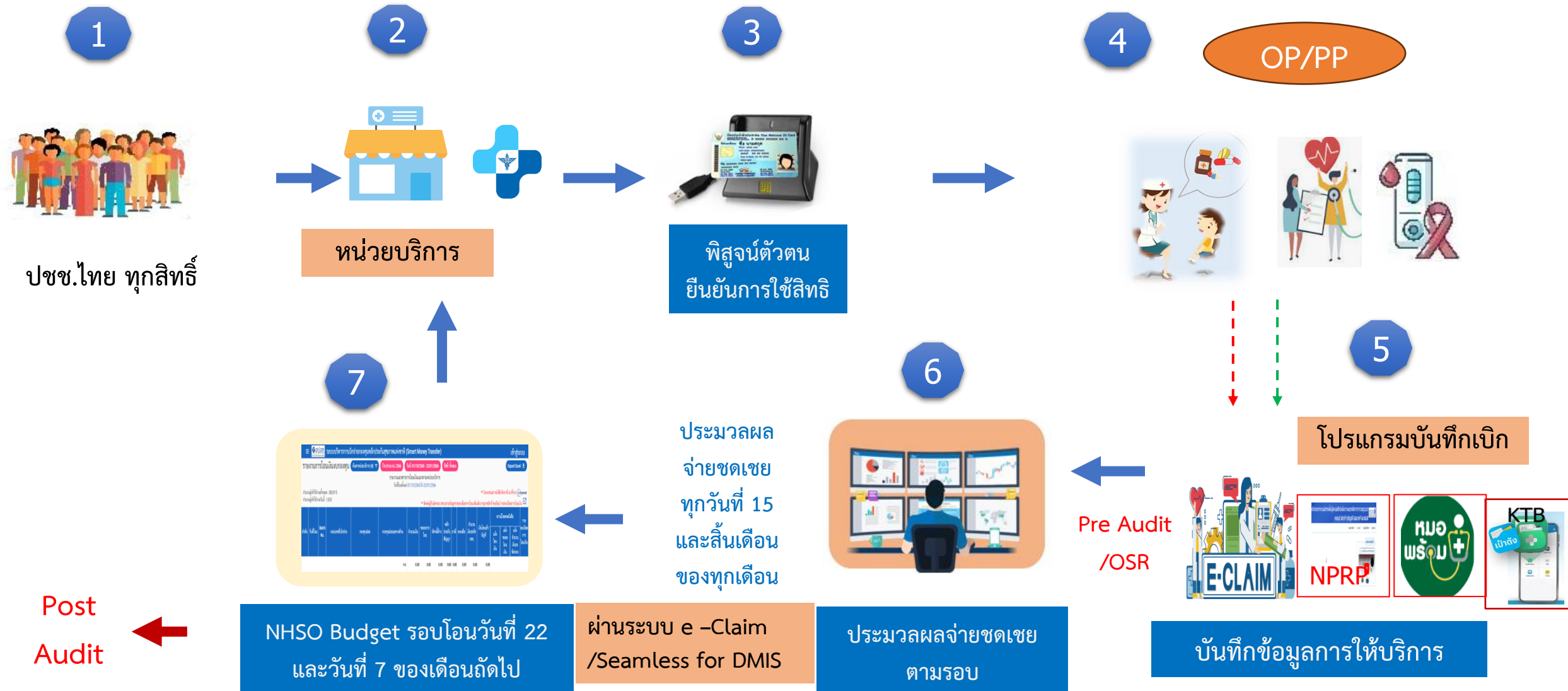
➤ การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

- บันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม e-Claim online / KTB/ Moph Claim
- ตรวจสอบรายงานการจ่ายชดเชยตามรอบ STM ของ e-Claim/Seamless for DMIS

➤ การขออุทธรณ์ข้อมูลการเบิกจ่าย

- **กรณีอุทธรณ์การเบิกจ่ายชดเชย** ให้อุทธรณ์เป็นเอกสาร มาที่ สปสช. เพื่อพิจารณาตรวจสอบเบื้องต้นกรณีเป็นข้อมูลที่ผ่านเงื่อนไข จะแจ้งทีม IT ดำเนินการตรวจสอบและอนุมัติข้อมูลเบิกจ่ายต่อไป
- **กรณีการติด C ที่เกี่ยวข้อง** ให้หน่วยบริการดำเนินการแก้ไข C ตามแนวทางเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

กระบวนการให้บริการ





บริการกรณีโรคเฉพาะ

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

❑ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒(๕)/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๘ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ที่ได้ให้บริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๙ ภายในหกเดือนนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๑๐ ให้เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

นายแพทย์ นายแพทย์ นายแพทย์
นายแพทย์ นายแพทย์ นายแพทย์
นายแพทย์ นายแพทย์ นายแพทย์

๒๕๖

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกอบด้วย 4 บริการ ดังนี้

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
3. บริการปลูกถ่ายไต (KT)
4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)

ประกอบด้วย 3 บริการ ดังนี้

1. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (HT)
2. การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ (ปลูกถ่ายตับในเด็ก)
3. การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย (ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่)

รายการบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD)	<u>เพิ่ม</u> 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอประกาศใต้ปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย
2. บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD)	<u>เพิ่ม</u> 1. ตรวจสอบศักยภาพของหน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุรับรอง ตรต.) (รอประกาศ ขึ้นทะเบียนหน่วย HD)
3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศปี 2569
4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศปี 2569

รายการบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (HT)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ ปี 69
2. ปลูกถ่ายตับในเด็ก (LT)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ ปี 69
3. ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ (LT)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ ปี 69

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงตามประกาศ ฯ ปี 2568-2569

รายการ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยรายใหม่	ผู้ป่วยรายเก่า	
1. รายการบริการ 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD) 1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) 1.3 การปลูกถ่ายไต (KT)	1. รายการบริการ 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้อง 1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.3 การปลูกถ่ายไต 1.4 การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 1.5 สมัครงใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดให้ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็น เช่น รับยา EPO	1. รายการบริการ 1.1 ดำเนินการตามวิธีบำบัดทดแทนไตเหมือนเดิม 1.2 การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	1.1 <u>เพิ่ม</u> 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอประกาศในปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย 1.2 <u>เพิ่ม</u> ตรวจสอบศักยภาพของหน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุรับรอง ตรต.) รอประกาศ ขึ้นทะเบียนหน่วย HDฯ)

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงตามประกาศ ฯ ปี 2568-2569 (ต่อ)

รายการ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยรายใหม่	ผู้ป่วยรายเก่า	
2. การลงทะเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรม DMIS_HD	- หน่วยบริการนำร่อง 18 แห่งขออนุมัติก่อนการ ให้บริการบำบัดทดแทนไต (PAK) และผู้ป่วยที่ได้รับการ พิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) ก่อนการลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม PAK - หน่วยบริการไม่นำร่อง ขออนุมัติก่อนการให้บริการ บำบัดทดแทนไต (PAK) และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณา เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) ก่อนการ ลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม DMIS	ดำเนินการตามวิธีบำบัดทดแทนไตเหมือนเดิมไม่ต้อง ลงทะเบียน	ผู้ป่วยรายใหม่ ขออนุมัติก่อนการ ให้บริการผ่าน PAK
3. อัตราจ่าย	อัตราจ่าย จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด	อัตราจ่าย จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
4.บันทึกข้อมูลเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	คงเดิม

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 2 แนบท้ายประกาศ
3. การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศ
4. การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 4 แนบท้ายประกาศ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้รับบริการสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 4. หน่วยบริการที่มีศักยภาพดูแลแบบประคับประคอง

เงื่อนไขการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานโดยแพทยสภา 3. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 4. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่สปสข.กำหนด เพื่อขออนุมัติก่อนการให้บริการ	คงเดิม

เงื่อนไขการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) และทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในผู้ป่วย Stage5 กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า 3 ครั้ง ที่ได้ผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไตรระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 mL/min/1.73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ Egfr มากกว่า 6 มล/นาทีต่อ 1.73 ตรม.ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย	คงเดิม

เงื่อนไขการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)	3. กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดระดับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น	คงเดิม

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. เป็นหน่วยบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 3. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	คงเดิม
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต และ 2. ผู้ป่วย ผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมการเลือกการบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง หรือ 3. ผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไทรระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 4. ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 mL/min/1.73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว	คงเดิม

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)	5. ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1.73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย 6. กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้	คงเดิม

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ค่าบริการ 2,500 บาท/เดือน 3. น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ ผ่าน VMI 4. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา 5. มีเกณฑ์ผลงานการล้างไต ที่ใช้จัดอันดับคะแนนหน่วยบริการ 100 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จำนวน 5 ข้อ 1) ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT 2) ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร 3) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย PD ในระยะเวลา 12 เดือน 4) อัตราการเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate) 5) อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis rate)	เพิ่ม 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอบประกาศในปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	- ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) - ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	คงเดิม

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีกา Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพให้บริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้นสถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการและระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP) 2. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	คงเดิม
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต และ 2. ผู้ป่วยผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมการเลือกการบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ที่เป็นข้อห้ามการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือ 4. มีเหตุสมควร ด้านสังคมหรือครอบครัว ที่เป็นข้อจำกัดในการล้างไตทางช่องท้อง และผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต คณะกรรมการไตรระดับเขต ตามข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	คงเดิม

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ค่าฟอก HD จ่าย 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ค่าฟอก HD ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➤ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา 4. เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT 2) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร 3) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ Hemoglobin เฉลี่ยต่อปี > 12 กรัมต่อเดซิลิตร 4) ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่าน AVF/AVG/Perm cath	เพิ่ม ตรวจสอบศักยภาพของ หน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุ รับรอง ตรต.) รอปประกาศ ขึ้นทะเบียน หน่วย HD)

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	5. ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) 1) Tunnel cuffed catheter (TCC) รวมค่าอุปกรณ์รหัส 4905 เหม่าจ่าย 11,000 บาทต่อครั้ง 2) Arteriovenous Fistula (AVF) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง 3) Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง และ ค่าอุปกรณ์รหัส 4015 หรือ 4016 4) Temporary double lumen catheter (TDC) จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง 5) กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด AVF และ AVG สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ภายในระยะเวลา 1 ปีงบประมาณ *กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า 3 ครั้ง ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต โดยจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบ ODS (One Day Surgery) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราตามประกาศฯกรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก	คงเดิม

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	6. ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP) ศักยภาพของหน่วยฟอกเลือด ได้แก่ จำนวนเครื่อง จำนวนรอบ วันเวลา เปิดปิดทำการ จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนบุคลากร เป็นต้น โดยหน่วยบริการสามารถปรับปรุงแก้ไข	คงเดิม
โปรแกรม	- ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) (กรณีเบิกค่า Vascular Access) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) - ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	คงเดิม

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือเจตนา ในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 2. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตรระดับเขต	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ1

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (เฉพาะกรณี OP) 2. ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ค่าเตรียมผู้บริจาคมีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาค มีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA	
		- ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	13,000
		- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปี	8,700

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	3. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ตาม Protocol กรณีไม่มี หรือมี ภาวะแทรกซ้อน	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ประเภทการจ่าย	Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
กรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III	287,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน โดยตรงจากการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต	Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
	Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ประเภทการจ่าย	เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
กรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน	30,000
	หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน	25,000
	หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน	20,000
	หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ4

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	5. กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต สำนักงานเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส 4801 – 4804 6. กรณีที่มีภาวะสลายไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน 6 เดือน 7. กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย 8. กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
โปรแกรม	- ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) - ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

4. เงื่อนไขบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. จัดให้กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต 2. เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็ง ระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต 3. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ที่ได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง พบข้อบ่งชี้ว่า มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร 4. ผู้ป่วยรายใหม่ que ประสงค์บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองๆ เพื่อขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการบริหารบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

4. เงื่อนไขบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต่อ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➤ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ (การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับ)



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

- ❑ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

หน้า ๒๔

เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๑๓๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๖



ประกาศ
หัวใจ-ตับเด็ก 59



ประกาศ
ถ่ายทอดผู้ป่วยใหญ่_19พ



ประกาศ หัวใจ59

Download



ประกาศ ปี2566



5. เงื่อนไขบริการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ



ประกาศ หัวใจ59

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายหัวใจโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย - H2001 : ปลูกถ่ายหัวใจ - H2005 : จ่ายยากดภูมิ - บันทึกศักยภาพใน CPP	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	- การจัดสรรอวัยวะ คุณสมบัติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ - การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย - ได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมDisease Management Information System (DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ สำหรับผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

5. เงื่อนไขบริการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ1)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	310,000
Protocol-HTX-II	320,000
Protocol-HTX-III	375,000
Protocol-HTX-IV	380,000
Protocol- HTX-V	455,000
Protocol- HTX-VI	465,000

5. เงื่อนไขบริการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รัยยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ2)

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด (ต่อ)

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)	
• Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000
• Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection	320,000

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวหลังผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ: ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	30,000

5. เงื่อนไขบริการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รัยยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ3)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย (ต่อ)	2. ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป 3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 5. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

หมายเหตุ การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

5. เงื่อนไขบริการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ4)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	- ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) (ลงทะเบียนผู้ป่วย / ค่าผ่าตัด / ค่ายากดภูมิ) (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) - ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่



ประกาศ
หัวใจ-ตับเด็ก 59



ประกาศ
าถ่ายตับผู้ใหญ่_19พพ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายตับโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ปลูกถ่ายตับในเด็ก : H2003 : ปลูกถ่ายตับในเด็ก /H2005 : จำยยากดภูมิ ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ H2007 : การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย /H2005 : จำยยากดภูมิ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
ผู้มีสิทธิ	1. การจัดสรรอวัยวะ คุณสมบัติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ 2. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 3. ได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมDisease Management Information System (DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 2. การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย อายุมากกว่า 18 ปี ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันที่ผ่าตัดปลูกถ่ายตับ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ1)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<u>ปลูกถ่ายตับในเด็ก(Pediatric Liver Transplantation)</u> 1. อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด 2. มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ 3. เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด 4. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ <u>ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ (Liver transplantation for moderate to severe liver cirrhosis patients)</u> 1. เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันที่ผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 2. ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3. ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี 4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น 5. ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ) 6. ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ2)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ3)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	3. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.2 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000	
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I	410,000	
Protocol-OLT-II	420,000	
Protocol-OLT-III	555,000	
Protocol-OLT-IV	565,000	
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000	
Protocol Antibody mediated rejection	ไม่มี	

เหมาจ่ายในอัตรา
600,000 บาท

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ4)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	4. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.2 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวหลังการผ่าตัด หลังจาก discharge

แผนการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) (ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด)	10,000 (ต่อครั้ง)	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

หมายเหตุ กรณี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection เบิกในระบบเบิกจ่ายปกติใน e-claim

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ5)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	5. ค่าใช้จ่ายกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป 6. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

เงื่อนไขการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาทต่อเดือน)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	15,000

6. เงื่อนไขบริการบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ6)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	- ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโปรแกรม DMIS (ลงทะเบียนผู้ป่วย / ค่าผ่าตัด / ค่ายาทดแทน) - ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) - ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

บริการโรคเฉพาะ 7 รายการ



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการบริการโรคเฉพาะ ปิงบประมาณ 2569



บริการกรณีเฉพาะ 7 รายการ

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate)
2. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease)
3. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation, HSCT)
4. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
5. การบริหารกองทุนวัณโรค (Tuberculosis :TB)
6. การเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS)

บริการแก้ไขการพูด
ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัด
สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์
และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
พ.ศ. ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ
พ.ศ. ๒๕๖๘



บริการตามประกาศนี้

1. ประกาศฯ กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568

➤ เป็นการให้บริการใส่อุปกรณ์เพดานเทียม ตามเอกสารหมายเลข 1 หน้า 11-12

2. ประกาศฯ สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ
พ.ศ. ๒๕๖๘

➤ เป็นการบริการทันตกรรมจัดฟัน และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่



ประกาศฯ
อวัยวะเทียม ปี 2568



ประกาศฯ
ปากแหว่งเพดานโหว่

ขั้นตอนการแสดงความจำนงค์การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการผ่าตัด จัดฟัน และฝึกพูด



จัดทำฐานทะเบียนหน่วยบริการ Cleft
และออก username password

หน่วยบริการ
แสดงความจำนงค์



สปสช.

พิจารณาเอกสารการสมัคร



119 แห่ง
(ข้อมูล ณ วันที่ 29 ต.ค.68)



ทะเบียน CLEFT

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับ
ผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๖
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับ
ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตาม
แผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

- ☐ หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่
- ☐ หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน
- ☐ หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการ
ประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่ง
ผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ : ฝึกพูด (57 แห่ง)

ภาค : เหนือ
จำนวนหน่วย : 16

ภาค : ตะวันออกเฉียงเหนือ
จำนวนหน่วย : 9

ภาค : กลาง
จำนวนหน่วย : 15

ภาค : ใต้
จำนวนหน่วย : 11

เขตพื้นที่กรุงเทพฯ
จำนวนหน่วย : 6

- 1 โรงพยาบาลทั่วไปจอมทอง
- 2 โรงพยาบาลทั่วไปน่าน
- 3 โรงพยาบาลทั่วไปฝาง
- 4 โรงพยาบาลทั่วไปแพร่
- 5 โรงพยาบาลทั่วไปลำพูน
- 6 โรงพยาบาลนครพิงค์
- 7 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- 8 โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่
- 9 สถาบันพัฒนาการเด็กนครินทร์
- 10 โรงพยาบาลชุมชนวิเชียรบุรี
- 11 โรงพยาบาลทั่วไปศรีสวรรค์สุขภาพ
- 12 โรงพยาบาลทั่วไปสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
- 13 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
- 14 โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช
- 15 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า
- 16 โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์

- 1 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด
- 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์
- 3 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 4 โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
- 5 โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
- 6 โรงพยาบาลสกลนคร
- 7 โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์
- 8 โรงพยาบาลศูนย์มหาสารคาม
- 9 โรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ
- 10 โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

- 1 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
- 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
- 3 โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
- 4 โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
- 5 โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
- 6 มหาวิทยาลัยมหิดล
- 7 โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมรุมาศ
- 8 โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
- 9 โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
- 10 โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร
- 11 โรงพยาบาลชลบุรี
- 12 โรงพยาบาลทั่วไปเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
- 13 โรงพยาบาลพุทธโสธร
- 14 โรงพยาบาลศูนย์ระยอง
- 15 โรงพยาบาลศูนย์สมุทรปราการ
- 16 โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

- 1 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- 2 โรงพยาบาลทั่วไปกระบี่
- 3 โรงพยาบาลศูนย์มหาราช
- 4 นครศรีธรรมราช
- 5 โรงพยาบาลศูนย์วิเชียรภูเก็ต
- 6 โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี
- 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
- 8 โรงพยาบาลทั่วไปสงขลา
- 9 โรงพยาบาลศูนย์ตรัง
- 10 โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
- 11 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
- 12 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- 13 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- 1 โรงพยาบาลราชวิถี
- 2 โรงพยาบาลตากสิน
- 3 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รพ. สภาอากาศ
- 5 ไทย
- 6 โรงพยาบาลศิริราช
- 7 โรงพยาบาลตำรวจ

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ : จัดฟัน (97 แห่ง)

ภาค : เหนือ
จำนวนหน่วย : 24

ภาค : ใต้
จำนวนหน่วย : 20

1 โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง	13 คลินิกทันตกรรม สำนักวิชาการทันต
2 โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์	แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
3 โรงพยาบาลนครพิงค์	14 โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์
4 โรงพยาบาลทั่วไปลำพูน	15 โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช
5 โรงพยาบาลทั่วไปแพร่	16 โรงพยาบาลทั่วไปสมเด็จพระเจ้าตากสิน
6 โรงพยาบาลทั่วไปน่าน	มหาราช
7 โรงพยาบาลทั่วไปจอมทอง	17 โรงพยาบาลทั่วไปศรีสังวรสุโขทัย
8 โรงพยาบาลทั่วไปฝาง	18 โรงพยาบาลชุมชนวิเชียรบุรี
9 โรงพยาบาลชุมชนสันป่าตอง	19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า
10 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว	20 โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
11 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก
12 โรงพยาบาลทั่วไปคณะทันตแพทยศาสตร์	21 โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	22 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
	23 โรงพยาบาลทั่วไปอุทัยธานี
	24 โรงพยาบาลทั่วไปพิจิตร

1 โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช	11 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
2 โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี	12 โรงพยาบาลศูนย์ตรัง
3 โรงพยาบาลทั่วไปกระบี่	13 โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
4 โรงพยาบาลทั่วไปพังงา	14 โรงพยาบาลทั่วไปสงขลา
5 โรงพยาบาลศูนย์วิริยะภูมิกิต	15 โรงพยาบาลทั่วไปสตูล
6 โรงพยาบาลทั่วไประนอง	16 โรงพยาบาลทั่วไปพัทลุง
7 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	17 โรงพยาบาลทั่วไปปัตตานี
8 โรงพยาบาลชุมชนเชียรใหญ่	18 โรงพยาบาลทั่วไปราธิวาสราชนครินทร์
9 โรงพยาบาลทั่วไปท่าศาลา	19 โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด
10 โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	20 โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ : จัดฟัน (97 แห่ง)

ภาค : ตะวันออกเฉียงเหนือ
จำนวนหน่วย : 13

1	โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์
2	โรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ
3	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
4	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด
5	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
7	โรงพยาบาลทั่วไปหนองคาย
8	โรงพยาบาลสกลนคร
9	โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครราชสีมา
10	โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์
11	โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์
12	โรงพยาบาลศูนย์ชัยภูมิ
13	โรงพยาบาลทั่วไปภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาค : กลาง
จำนวนหน่วย : 31

1	โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา	18	โรงพยาบาลทั่วไปหัวหิน
2	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี	19	สถานีกาชาดหัวหินเฉลิมพระเกียรติ
3	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	20	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
4	โรงพยาบาลทั่วไปปทุมธานี	21	โรงพยาบาลชลบุรี
5	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	22	โรงพยาบาลศูนย์ระยอง
6	โรงพยาบาลบ้านหมี่	23	โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า
7	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	24	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรปราการ
8	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ	25	โรงพยาบาลทั่วไปตราด
9	โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี	26	โรงพยาบาลพุทธโสธร
10	โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช	27	โรงพยาบาลทั่วไปบางพลี
11	โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม	28	โรงพยาบาลทั่วไปเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
12	โรงพยาบาลทั่วไปดำเนินสะดวก	29	โรงพยาบาลชุมชนมะขาม
13	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	30	โรงพยาบาลชุมชนพนมสารคาม
14	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร	31	สถานพยาบาลสถานีกาชาดที่ 5 สว่างคนิवास
15	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19		
16	โรงพยาบาลชุมชนสามพราน		
17	โรงพยาบาลชุมชนท่ายาง		

เขตพื้นที่กรุงเทพฯ
จำนวนหน่วย : 9

1	โรงพยาบาลราชวิถี
2	โรงพยาบาลตากสิน
3	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
5	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6	โรงพยาบาลศิริราช
7	โรงพยาบาลตำรวจ
	โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์
8	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ : ผ่าตัด (99 แห่ง)

ภาค : เหนือ
จำนวนหน่วย : 15

1 โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง	13 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2 โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3 โรงพยาบาลนครพิงค์	14 โรงพยาบาลทั่วไปคณะทันตแพทยศาสตร์
4 โรงพยาบาลทั่วไปลำพูน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5 โรงพยาบาลทั่วไปแพร่	15 คลินิกทันตกรรม สำนักวิชาการทันตแพทยศาสตร์
6 โรงพยาบาลทั่วไปน่าน	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
7 โรงพยาบาลทั่วไปศรีสะเกษ	16 โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์
8 โรงพยาบาลทั่วไปจอมทอง	17 โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช
9 โรงพยาบาลทั่วไปฝาง	18 โรงพยาบาลทั่วไปสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
10 โรงพยาบาลทั่วไปสันทราย	19 โรงพยาบาลชุมชนวิเชียรบุรี
11 โรงพยาบาลชุมชนแม่ฟ้าหลวง	20 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
12 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว	21 โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์
	22 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
	23 โรงพยาบาลทั่วไปอุทัยธานี
	24 โรงพยาบาลทั่วไปกำแพงเพชร

ภาค : ใต้
จำนวนหน่วย : 11

1 โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์	13 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
2 โรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ	14 โรงพยาบาลศูนย์ตรัง
3 โรงพยาบาลทั่วไปมุกดาหาร	15 โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
4 โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช	16 โรงพยาบาลทั่วไปสงขลา
5 โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี	17 โรงพยาบาลทั่วไปสตูล
6 โรงพยาบาลทั่วไปกระบี่	18 โรงพยาบาลทั่วไปพัทลุง
7 โรงพยาบาลทั่วไปพังงา	19 โรงพยาบาลทั่วไปปัตตานี
8 โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต	20 โรงพยาบาลทั่วไปราวีราษฎร์นครินทร์
9 โรงพยาบาลทั่วไประนอง	21 โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด
10 โรงพยาบาลชุมชนพรหมคีรี	โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
11 โรงพยาบาลทั่วไปท่าศาลา	22 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัย	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
12 ลักษณะ	23 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ : ผ่าตัด (99 แห่ง)

ภาค : ตะวันออกเฉียงเหนือ
จำนวนหน่วย : 9

ภาค : กลาง
จำนวนหน่วย : 15

เขตพื้นที่กรุงเทพฯ
จำนวนหน่วย : 7

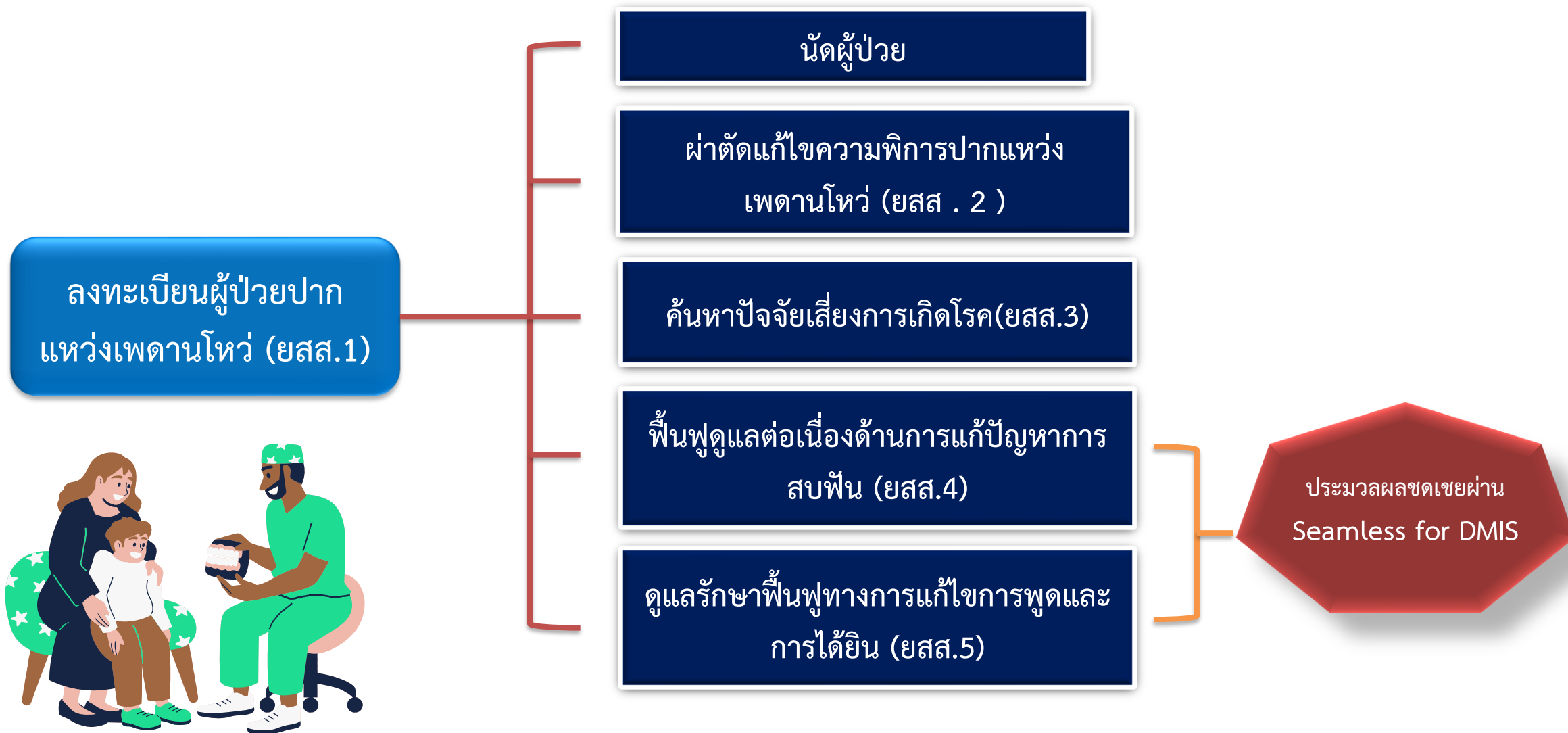
1	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
2	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด
3	โรงพยาบาลทั่วไปกาฬสินธุ์
4	โรงพยาบาลชุมชนพล
5	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
7	โรงพยาบาลทั่วไปหนองคาย
8	โรงพยาบาลสกลนคร
9	โรงพยาบาลทั่วไปนครพนม
10	โรงพยาบาลชุมชนโพนนาแก้ว
11	โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครราชสีมา
12	โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์
13	โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์
14	โรงพยาบาลศูนย์ชัยภูมิ
15	โรงพยาบาลทั่วไปพิมาย
16	โรงพยาบาลทั่วไปภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

1	โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา
2	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
3	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
4	โรงพยาบาลทั่วไปปทุมธานี
5	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
6	โรงพยาบาลนครนายก
7	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
8	ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
9	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
10	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ
11	รัตนราชสุตาฯ
12	โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
13	โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช
14	โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
15	โรงพยาบาลทั่วไปบ้านโป่ง
16	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

15	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร
16	โรงพยาบาลทั่วไปพระจอมเกล้า
17	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
18	โรงพยาบาลทั่วไปหัวหิน
19	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
20	มหาวิทยาลัยมหิดล
21	โรงพยาบาลชลบุรี
22	โรงพยาบาลศูนย์ระยอง
23	โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า
24	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรปราการ
25	โรงพยาบาลทั่วไปตราด
26	โรงพยาบาลพุทธโสธร
27	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
28	โรงพยาบาลทั่วไปบางพลี
29	โรงพยาบาลทั่วไปเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพ
30	รัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
31	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

1	โรงพยาบาลราชวิถี
2	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
3	โรงพยาบาลตากสิน
4	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
6	โรงพยาบาลศิริราช
7	โรงพยาบาลตำรวจ

Flow การบันทึกข้อมูล Cleft Lip Cleft Palate



ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วย

ลงทะเบียนใน
โปรแกรม DMIS

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

หน่วยบริการฯ (เด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งๆ)

แจ้งหน่วยบริการศักยภาพ

หน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการ
(ยสส.1) ระบบ โปรแกรม DMIS (<https://dmis.nhso.go.th>)

ติดต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯในพื้นที่ใกล้เคียง

ผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่/การแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน
หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายจากสปสช.

อัตราการจ่ายชดเชย

กลุ่มเป้าหมาย : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และผู้ป่วยลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS

หน่วยบริการ: 1.หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ให้บริการผ่าตัด
2.หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่แจ้งความประสงค์ให้บริการฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน

สปสช.จ่ายค่าบริการ

ผ่าตัดแก้ไข → ระบบ DRG

ใส่เพดานเทียม → 800 บาท/ชิ้น
(อุปกรณ์เพิ่มเติมอื่นตามประกาศฯ)

ทันตกรรมจัดฟัน → เหม่าจ่าย 48,000 บาท/ราย

แก้ไขการพูด → 3,850 บาท/ราย/ปี

เครื่องมือดึงกระดูกขากรรไกรบน
(Maxillary distractor) → 200,000 บาท/ชุด/ราย

สภากาชาดจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติ

ผ่าตัด → 1,000 บาท/ครั้ง
ใช้ ยสส.1 และยสส.2

ทันตกรรมจัดฟัน/
แก้ไขการพูด → 500 บาท/ครั้ง
(ตามแพทย์นัดไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน)
ใช้ ยสส.4 และยสส.5

การใส่อุปกรณ์เพดานเทียม และอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

เดิม ปี 2568				ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขการจ่าย	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย	
เพดานเทียม (Obturator) รหัส 2704	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	800 บาท/ชิ้น	จ่ายตามผลงานให้บริการในโปรแกรม e-Claim	คงเดิม
เพดานเทียม (Obturator+Screw) รหัส 2704A	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหวกและถ่างออก, ยื่นออก - เพื่อช่วยในการดูดนม	1,500 บาท/ชุด		
เพดานเทียม (Obturator+Naso-AlveolarMolding (NAM)) รหัส 2704B	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและจัดสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ maintain จมูก	1,800 บาท/ชุด		

การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

เงื่อนไขการจ่าย	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย	
เพดานเทียม Obturator + Screw + NAM รหัส 2704C	-สำหรับจัดสันเหงือกที่แห้วและถ่างออก, ยื่นออก - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก	2,500 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานให้บริการ ในโปรแกรม e-Claim	คงเดิม
จัดโครงสร้างจมูก NAM ประติษฐ์ เพิ่มเติม รหัส 2704D	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก	700 บาท/ชิ้น		
เครื่องมือดึงกระดูกขากรรไกร (Maxillary distractor)	Maxillary distractor	200,000 บาท/ ชุด (ราคากลาง)	จ่ายตามผลงานการ ให้บริการในโปรแกรม DMIS ยสส.2	- ยกเลิก PA - ยกเลิกส่งเอกสารมาเบิก - ให้บันทึกข้อมูลบริการ ในโปรแกรม DMIS

ทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569

เงื่อนไขการจ่าย

รายละเอียด

อัตราจ่าย

การจ่าย

ทันตกรรมจัดฟัน

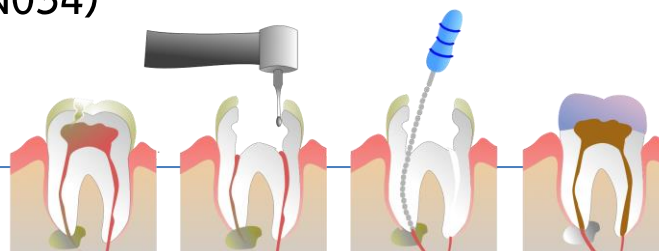
- รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบ
ฟันผิดปกติ (DEN030)

- ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่
จำเป็น (DEN034)

48,000
บาท/ราย
(ตลอดชีวิต)

จ่ายตามผลงานการ
ให้บริการใน
โปรแกรม **DMIS**
ยสส.4

คงเดิม



บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

เดิม ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง
ปี 2569

เงื่อนไขการจ่าย

รายละเอียด

อัตราจ่าย

การจ่าย

แก้ไขการพูด
และการได้ยิน

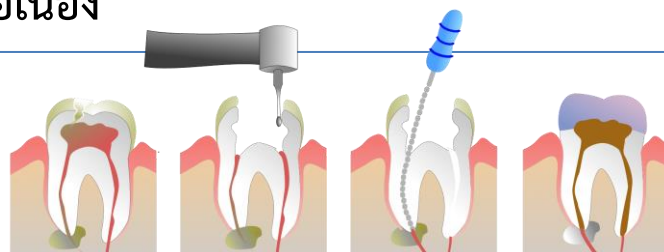
Speed Language and hearing problem
Intervention ได้แก่

- ตรวจการได้ยิน
- การประเมินภาษา การพูด การได้ยิน
- การแก้ไขภาษา การพูด การได้ยิน
- การประเมินการสั่นพ้องผิดปกติ
- การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง

3,850 บาท/ราย/ปี

จ่ายตามผลงานการ
ให้บริการใน
โปรแกรม **DMIS ยสส.5**

คงเดิม



การขอรับสนับสนุนเบิกจ่ายค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติจากสถานกาชาด

เอกสารการเบิกจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ

1

เอกสาร ยสส.2 หรือ ยสส.4 หรือ ยสส.5 ฉบับจริง



ลงนามแพทย์ผู้รักษา

ประทับตราโรงพยาบาล

2

สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรผู้รับเงิน (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ใช้สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองแนบด้วย)

ระยะเวลาการเบิกจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ

สามารถขอรับค่าสนับสนุนพาหนะได้ ภายใน 1 ปี นับจากวันที่รับบริการ



การขอรับสนับสนุนเบิกจ่ายค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติจากสภากาชาด

รายละเอียดการเบิกจ่าย

1



กรณีการรักษา
โรงพยาบาล (กทม.)

ออกหนังสือ

1



ใบ ยสส.2,4,5 ลงนามจากแพทย์
พร้อมประทับตราโรงพยาบาล

ออกหนังสือ

2



ผู้ป่วย CLEFT

เบิกค่าสนับสนุน
ค่าพาหนะ

3



สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัย
พิทักษ์ สภากาชาดไทย

จ่ายเงินสนับสนุน
ค่าพาหนะ

4



จ่ายเงินสด
(ภายในวันที่ผู้ป่วยติดต่อขอสนับสนุน)

2



กรณีการรักษา
โรงพยาบาล (ตจว.)

ออกหนังสือ

1



ใบ ยสส.2,4,5 ลงนามจากแพทย์
พร้อมประทับตราโรงพยาบาล

ออกหนังสือ

2



จ่ายเงินสด

เบิกค่าสนับสนุน
ค่าพาหนะ

3



เหล่ากาชาดจังหวัด

จ่ายเงินสนับสนุน
ค่าพาหนะ

สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัย
พิทักษ์ สภากาชาดไทย

6



สำรองเงินจ่าย

4



จ่ายเงินสด
(ภายในวันที่ผู้ป่วยติดต่อขอสนับสนุน)

รวบรวมเอกสาร

4



ทำเรื่อง
เบิกจ่าย

ภายใน 2 เดือน

บริการการดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia & Von Willebrand



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
พ.ศ. ๒๕๖๘



บริการตามประกาศนี้

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

รายละเอียดบริการผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) อยู่ในประกาศ สปสช.

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

พ.ศ. ๒๕๖๘ หน้า 4-5

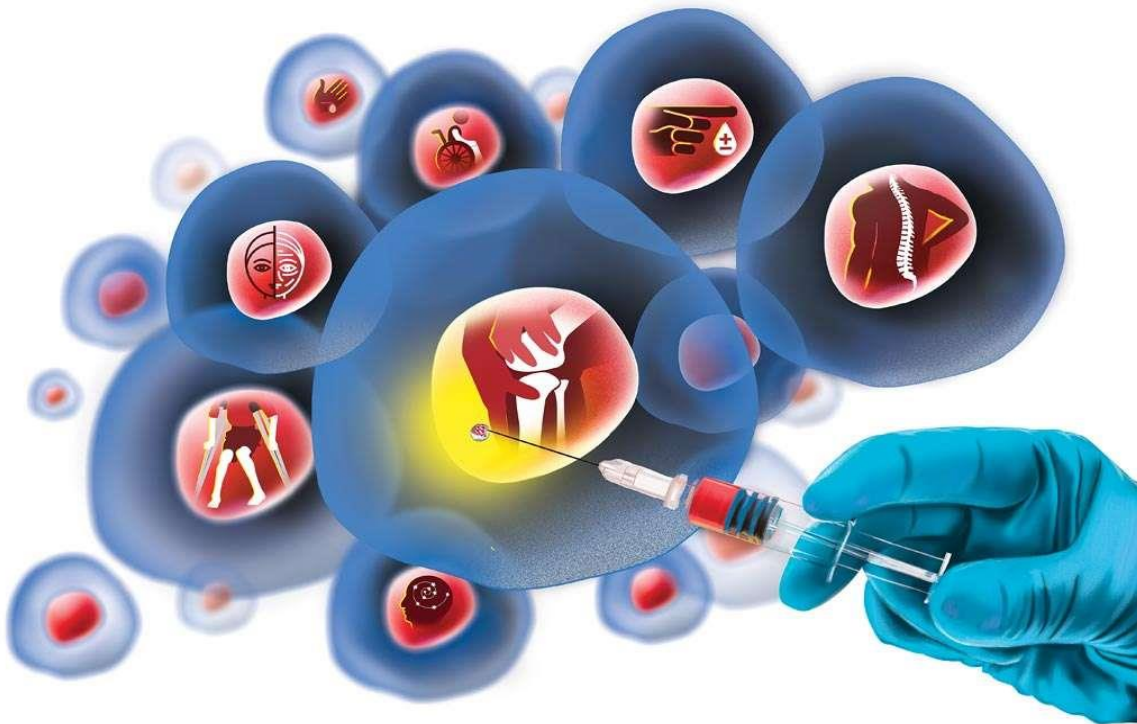


Adobe Acrobat
Document

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia & Von Willebrand

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง ฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่าย วอนวิลเลแบรนด์ (Hemophilia , Von Willebrand Disease	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอนวิลเลแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก (** Von Willibrand เฉพาะ Type3**) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม DMIS	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) - แพลคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - แพลคเตอร์ 500 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 ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป	คงเดิม

บริการการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๘

บริการตามประกาศนี้
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
รายละเอียดบริการ HSCT อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 3.4 แนบท้ายประกาศ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน้า 22



ประกาศ HSCT



การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ HSCT ผ่านโปรแกรม E-claim	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด - R0204 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต - R020401 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Autologous - R020402 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:ผู้ใหญ่:Autologous - R020403 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Allogeneic	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่าย (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant) - งวดที่ 1 จ่ายหลังส่งข้อมูล conditioning (D0) - งวดที่ 2 จ่ายหลังจากส่งข้อมูล follow up หลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 30 วัน (กรณียังมีชีวิต) การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย ผ่านโปรแกรม E-claim ทุกวันสิ้นเดือน	คงเดิม



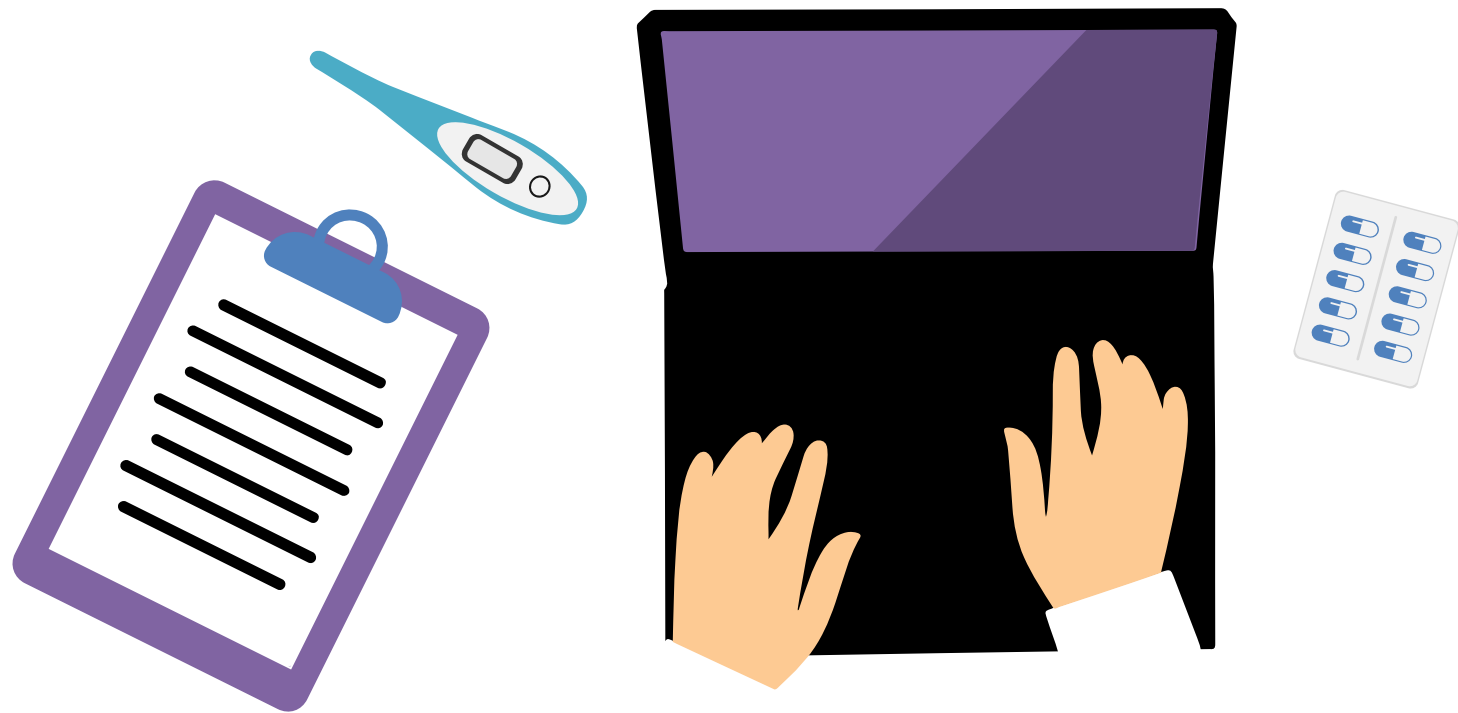
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568				ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569	
อัตราจ่าย (ต่อ)		ชนิดการรักษา	อัตราจ่าย	งวดที่ 1	งวดที่ 2	คงเดิม
		Autologous (MM)	500,000	400,000	100,000	
		Autologous (โรคอื่น)	750,000	600,000	150,000	
		Allogenic MRD	1,500,000	1,200,000	300,000	
		Allogenic MUD	1,500,000	1,200,000	300,000	
ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค	รายการสำหรับผู้ใหญ่ รายการสำหรับเด็ก				คงเดิม	

หน่วยบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบ UC

1	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	7	รพ.มหาวิยาลัยนเรศวร
2	รพ.ศิริราช	8	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3	รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	9	รพ.หาดใหญ่
4	รพ. พระมงกุฎเกล้า	10	รพ.ขอนแก่น
5	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	11	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
6	รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	12	รพ.ชลบุรี

บริการการดูแลผู้ป่วย โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

บริการตามประกาศนี้

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้าย และรายการบริการให้เลือดแนบประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ,การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document



67_ประกาศการจ่าย การ
บริหารเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒)



การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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 Deferiprone (L1, DFP) <u>เพิ่ม</u> การให้เลือดทุกชนิด	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรม NPRP ประมวลผลจ่ายชดเชยผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม

บริการการบริหารกองทุนวัณโรค



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

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

(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อตัวยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อตัวยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อตัวยา 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. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง



Adobe Acrobat
Document

กรอบการบริหารงบประมาณผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2569

1. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (PP FS)

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่าย
การค้นหาแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง - ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด - ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง - ผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน - ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน - ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง - บุคลากรสาธารณสุข	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless) *ประชาชนไทยทุกสิทธิ

2. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - วัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) ตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายตามผลงาน - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) ตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) ตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายตามผลงาน
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม	จ่ายตามผลงาน



การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. บริการยารักษาวัณโรค ประกาศหน้าที่ 37 และ เอกสารแนบท้ายหมายเลข 2	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) - หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ - อัตราจ่าย 3.1 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง - ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub) 5.2 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง - การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราค่าซ้ำ	คงเดิม



การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
2. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TST) ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) - หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ - อัตราจ่าย 3.1 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี) - ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 อายุ ≤ 18 ปี 5.2 ยังไม่เป็นวัณโรค - การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม



การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พื้นฐานการติดตามการรักษา ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1	• ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ) 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 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 ไม่ปรับลดอัตราค่าซ้ำ	คงเดิม
	• ค่าตรวจ CXR 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง	คงเดิม



การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน การติดตามการรักษา (ต่อ) ประกาศเอกสารแนบท้ายหมายเลข 2.1	• 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 ไม่ปรับลดอัตราค่าซ้ำ	คงเดิม
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ วินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อ ยา	1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มี ศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 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



การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
4. 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 ไม่ปรับลดอัตราค่าซ้ำ 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม
5. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการรักษาและติดตาม	• บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการรักษาและติดตาม 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข - ชดเชยตามการให้บริการจริง 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย - ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วย โปรแกรม TB Data Hub - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน	คงเดิม

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

อ้างอิงตาม ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566



Adobe Acrobat
Document

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม E-claim

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เดิม_ปี 2568

ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2569

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข	
การตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500 /รายการ		คงเดิม
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ในปีแรก	- กลุ่ม A - กลุ่ม B	300,000 50,000	- งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด - งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน	คงเดิม
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	- กลุ่ม A - กลุ่ม B	200,000 33,000	- งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย - งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน	คงเดิม

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เดิม_ปี 2568			ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2569
รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ	คงเดิม

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

- 1 รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- 2 รพ.ศิริราช
- 3 รพ.รามาธิบดี
- 4 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- 5 รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- 6 รพ.พระมงกุฎเกล้า
- 7 รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
พ.ศ. ๒๕๖๘



บริการตามประกาศนี้

กรณีบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2568

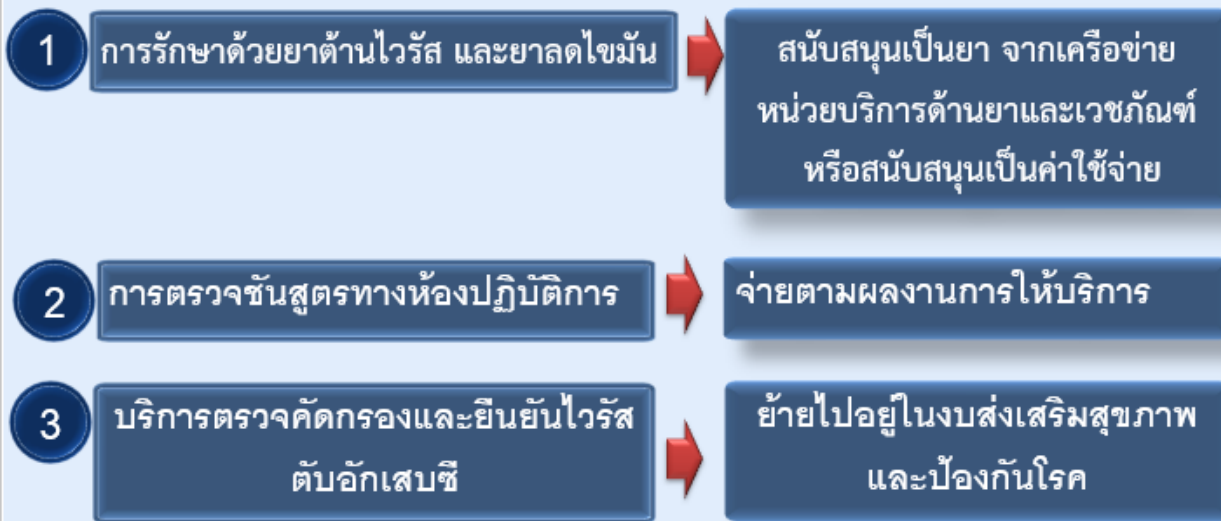


กรณีบริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

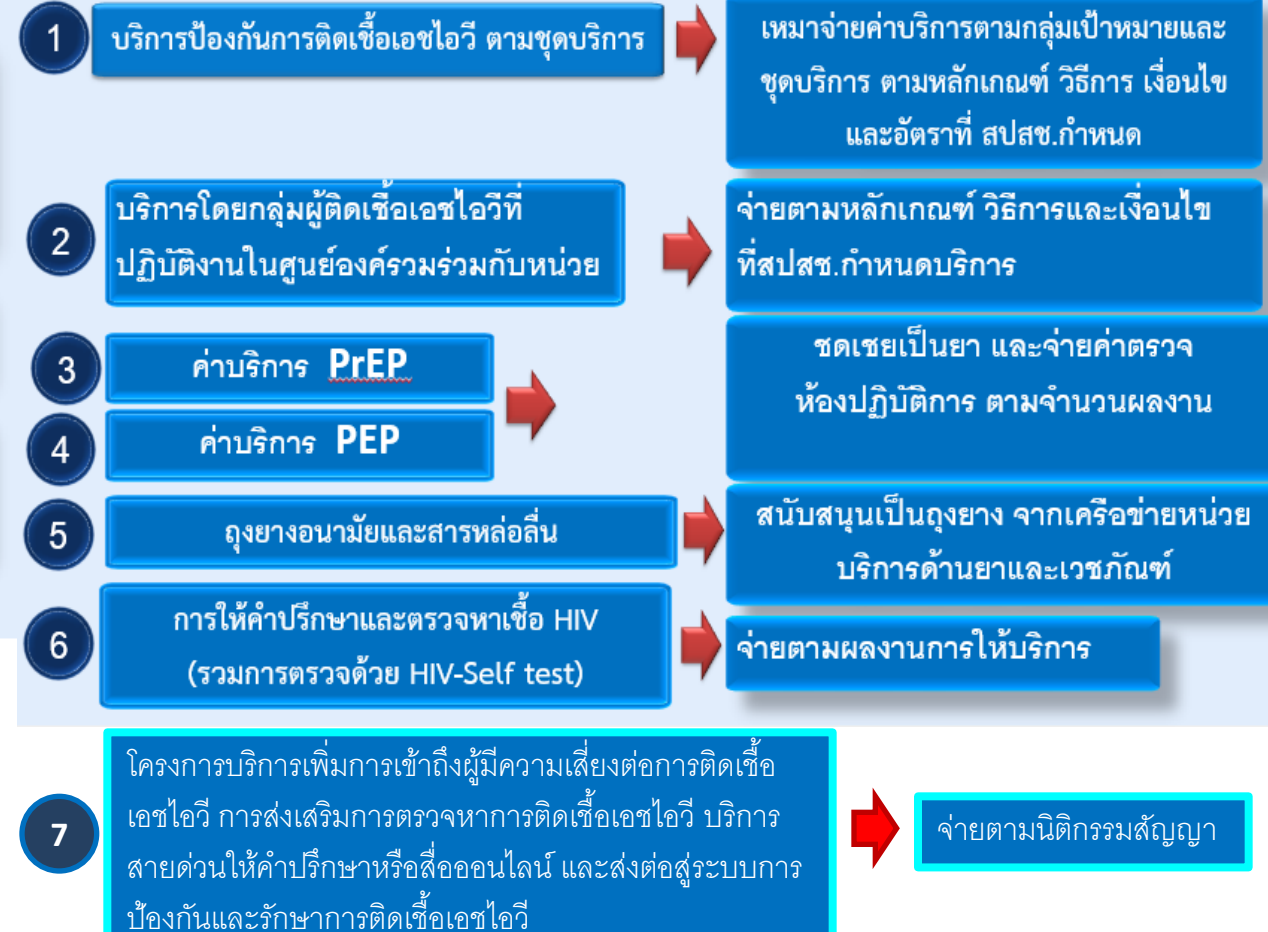


กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



เงื่อนไขผู้มีสิทธิขอรับบริการ

- ❖ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
- ❖ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NAP)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ *จ่ายเป็นยา

1. การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี สูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา
2. การดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส
 - ❖ FENOFIBRATE CAPSULES 100 mg
 - ❖ SIMVASTATIN TABLETS 10 mg
 - ❖ ATORVASTATIN TABLET 40 MG
 - ❖ GEMFIBROZIL 600 MG

บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ

เดิม ปี 2568					ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิก	
1. บริการตรวจ Lab พื้นฐาน ดังนี้ CBC , FBS , Cr , Chol , TG , SGPT/ALT	สำหรับผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนใน NAP เพื่อติดตามการรักษา	25 บาท/ รายการ/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
2. บริการตรวจ CD4	เพื่อติดตามการรักษา	400 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
3. บริการตรวจ Viral Load	เพื่อติดตามการรักษา เพื่อประเมินความเสี่ยงทารก	1,350 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี <u>ตรวจเพิ่มเติมในกรณี</u> ➤ <u>เปลี่ยนสูตรยา</u> เนื่องจากผลข้างเคียงของยา ➤ <u>หญิงตั้งครรภ์</u> ที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ➤ <u>ตรวจ VL ก่อนเริ่มยา</u> ABC หรือ DTG+3TC	NAP	คงเดิม
4. บริการตรวจ HIV Drug Resistance (In-House)	-ตรวจหาเชื้อดื้อยา <u>กรณี VL $\geq$ 1,000 copies/ml</u>	5,500 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
5. บริการตรวจ HIV Drug Resistance (Commercial)	-หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน	6,000 บาท/ครั้ง			

บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ

เดิม ปี 2568					ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิก	
6. ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและ ค่าขนส่ง	กรณีการตรวจ CD4	20 บาท/ครั้ง	-	NAP	คงเดิม
	กรณีการตรวจ HIV Viral Load				
	กรณีการตรวจ Drug Resistance	100 บาท/ครั้ง			
7. ถูยกยออนามัย	สำหรับผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนใน NAP เพื่อติดตามการรักษา	จ่ายตามผลงานการ บริการ	-	NAP	คงเดิม
8. ค่าบริการดูแลรักษาและให้ ปรึกษา (F/U)	เพื่อติดตามการรักษา	20 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
9. บริการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติด เชื้อเอชไอวีในทารก (PCR)	เพื่อติดตามการรักษา เพื่อประเมินความเสี่ยงทารก	1,000 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม

บริการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบซี

ลำดับ	รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิ	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
	การตรวจคัดกรอง Anti HCV	•Rapid Test •เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชน ไทยทุกสิทธิ	50 บาท / ครั้ง	• ปชช. ที่เกิดก่อน 2535 1 ครั้ง ตลอดชีวิต • กลุ่มเสี่ยง 1 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ • ผู้ต้องขัง 3 ครั้งต่อปีงบประมาณ	1.NAP (เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)/ 2.KTB (ตั้งแต่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป)
	การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or qualitative)	ประชาชน ไทยทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ทุกรายที่มีผล Anti HCV Positive ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP(5 กลุ่มเสี่ยงเบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)
	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	•APRI score •FIB-4 score •การตรวจ transient elastography •fibro marker panel	UC	200 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP (เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)
4	ยาเพื่อการรักษา	•Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์	โปรแกรมระบบบัญชียา จ (2)
	การตรวจประเมินผลการรักษา	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or qualitative)	UC	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP(เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)

หมายเหตุ  ย้ายโปรแกรม

1. วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน โดยเป็นกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males : MSM) 2. กลุ่มสตรีข้ามเพศ (Transgender : TG) 3. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex workers : FSW) 4. กลุ่มพนักงานบริการชาย (Male sex workers : MSW) 5. กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs : PWID)
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน 5. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญาดำเนินงานตามโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ขอบเขตบริการ	1. การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) 2. การส่งต่อเป้าหมายเข้ารับระบบบริการ (Recruit) 3. ตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี (Testing) 4. ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (Treat) 5. การติดตามให้ยังคงอยู่ในระบบการรักษา (Retain)
5. การจ่ายค่าบริการ	ชดเชยเป็นเงิน กรณีหน่วยบริการจะชดเชยผ่านระบบ Seamless กรณีองค์กรชุมชนที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนจะชดเชยผ่านสัญญาดำเนินงานตามโครงการ
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

กิจกรรม และอัตราจ่ายชดเชย

- ❖ บริการเชิงรุก : RRTTPR
- ❖ บริการทางคลินิก : ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเชิงรุก

เดิม_ปี 2568			ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
บริการเชิงรุก : RRTTR	อัตราจ่าย (บาท/ราย)		
	กลุ่มที่ 1 (MSM/TG/FSW/MSW) บาท/ราย	กลุ่มที่ 2 (PWID) บาท/ราย	
❖ ค่าบริการการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ Reach & Recruit	800	1,800	คงเดิม
❖ ค่าบริการส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพเพื่อรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Recruited to Tested	550	1,200	คงเดิม
❖ ค่าบริการติดตามให้กลุ่มเป้าหมายกลับมาตรวจเลือดซ้ำ Retained	450	1,000	คงเดิม
บริการทางคลินิก : STI	อัตราจ่าย (บาท/ราย/ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี)		
❖ ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองใน (Chlamydia)	100		คงเดิม
❖ ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Gonorrhea)	100		คงเดิม
❖ ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear)	250		คงเดิม
❖ คัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anal pap smear)			
 ย้าย ❖ ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส Syphilis (ย้ายเบิกในโปรแกรม KTB) (เบิกในโปรแกรม NAP ถึง 30 ก.ย.68 /เบิกในโปรแกรม KTB เริ่มตั้งแต่ 1 ต.ค.68 เป็นต้นไป)	ตามประกาศ PPFS		คงเดิม



ขอบเขตบริการเชิง

การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach)	การส่งต่อเป้าหมาย เข้ารับสู่ระบบบริการ (Recruit)	ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Testing)	ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (Treat)	การติดตามให้ยังคงอยู่ในระบบการรักษา (Retain)
- บริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล - ค้นหากลุ่มเป้าหมาย - เชิญชวนเข้ารับบริการป้องกัน - สร้างความต้องการใช้บริการ - ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - แจกถุงยางอนามัย	- ส่งต่อเข้ารับบริการ - ให้การปรึกษา (pre-test counseling) - คัดกรอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2 ครั้ง / คน / ปี ☐ ครั้งแรก นับผลงาน Test ☐ ครั้งที่ 2 นับผลงาน Retain	- รับการรักษาด้วยยา - ให้ความรู้เรื่องประโยชน์การรักษา ด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น	- Retain Positive ให้ผู้ที่ผลเลือดบ ยังคงมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง - Retain Negative ติดตามให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง มารับบริการตรวจเลือดสม่ำเสมอ
การนับผลงาน R&R >> ดูจากผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เมื่อบันทึกผลงาน บริการ RR และ<u>ได้รับบริการคำปรึกษา</u>เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (VCT) ที่หน่วยบริการ		Test นับครั้งแรกหลังทำสัญญา Retain นับการตรวจครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก ≥ 30 วัน		- Retain Pos Neg นับการตรวจครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก ≥ 30 วัน - Retain Pos นับวันที่ลงทะเบียน

เดิม_ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง
ปี 2569

1. วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มารับบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง		คงเดิม
2. กลุ่มเป้าหมาย	<u>ประชาชนไทยทุกคน</u> โดยเป็นกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1. คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม		
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วย บริการ	1.หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน 2.องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญา ดำเนินโครงการกับสำนักงานเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
4. ขอบเขตบริการ	1. บริการผู้ติดเชื้อ (Retain Positive) • บริการให้คำปรึกษารายบุคคล • บริการเยี่ยมบ้าน • บริการวันมารับยา/มาตามนัดที่ รพ. • บริการแบบกลุ่ม • บริการติดตาม ส่งต่อ	2. บริการคู่ ของผู้ติดเชื้อ (Retain Negative) • บริการให้คำปรึกษารายบุคคล • บริการเยี่ยมบ้าน • บริการวันมารับยา/มาตามนัดที่ รพ. • บริการแบบกลุ่ม • บริการให้ข้อมูลและ ส่งต่อ	
5. การจ่าย ค่าบริการ/อัตราการ ชดเชย	จ่ายตามสัญญาโครงการ ในอัตราดังนี้ 1. คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ รายละ 450 บาท 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม รายละ 790 บาท (ปรับราคาใหม่)		คงเดิม
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP		


 ปรับ
ใหม่

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

เดิม_ปี2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อวินิจฉัยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว 2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส	คงเดิม
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน	
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีศักยภาพบริการด้านเอชไอวี	
4. ขอบเขตบริการ	บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)	
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราค่าการชดเชย	1. ค่าบริการให้คำปรึกษา อัตราจ่ายครั้งละ 7 บาท ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี 2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV อัตราจ่าย 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP	

บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)

1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจด้วยตนเอง สมัครงใจ 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. อัตราการชดเชย	อัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน
6. การบันทึกข้อมูล	Krungthai Digital Health Platform

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส Pre & Post - Exposure Prophylaxis : PrEP & PEP

1. วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
4. ขอบเขตบริการ	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการสัมผัสเชื้อ (Pre & Post - Exposure Prophylaxis : PrEP & PEP) ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราค่าชดเชย	1. กรณีบริการป้องกันด้วยยาต้านไวรัส ชดเชยเป็นยา 2. กรณีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและบริการอื่นๆ ชดเชยเป็นเงิน
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี **ก่อน**การสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

เดิม_ปี2568					ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ลำดับ	รายการจ่ายชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	ราคา (บาท)	โปรแกรมเบิก	
1.	ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (Initial PrEP Counseling and education) เฉพาะ รายที่กินยา	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	80 บาทต่อคน	NAP	คงเดิม
2.	ค่าบริการให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับผู้ที่รับยา	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	20 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
3.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี	140 บาทต่อการรู้ผล	NAP	คงเดิม
4.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของไต (Creatinine clearance : CrCl)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	40 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
5.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
6.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้ -หนองใน (Gonorrhea) และ -หนองในเทียม (Chlamydia)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	240 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
ย้าย	-โรค ซิฟิลิส (Syphilis) (NAP เบิกถึง 30 ก.ย.68 /KTB เริ่มตั้งแต่ 1 ต.ค.68 เป็นต้นไป)	ตาม PPFS	ตาม PPFS	NAP	ย้ายเบิกในโปรแกรม KTB ตั้งแต่ 1 ต.ค.68 เป็นต้น
7.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	70 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม

บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)

เดิม_ปี 2568					ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	ราคา (บาท)	โปรแกรม เบิก	
กรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV Post-Exposure Prophylaxis : HIV PEP)					
1.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	140 บาทต่อการรู้ผล	NAP	คงเดิม
2.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , SGPT/ALT	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	25 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
3.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CrCL	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	40 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
4.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Viral Load เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	1,350 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
5.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
6.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hepatitis B virus (HBs)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	150 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
ย้าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti HCV - Rapid Test - เครื่องอัตโนมัติ (NAP เบิกถึง 31 พ.ค.68 และตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป เบิกใน KTB)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง 300 บาทต่อครั้ง	NAP /KTB	คงเดิม
8.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้ -หนองใน (Gonorrhea) -หนองในเทียม (Chlamydia)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปีงบประมาณ	240 บาทต่อครั้ง	NAP	คงเดิม
	โรค ซิฟิลิส (Syphilis) (NAP เบิกถึง 30 ก.ย.68 /KTB เริ่มตั้งแต่ 1 ต.ค.68 เป็นต้นไป)				ย้ายเบิกในโปรแกรม KTB

โครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี



เดิม_ปี2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. วัตถุประสงค์	เพื่อให้บริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	คงเดิม
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน	
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร	
4. ขอบเขตบริการ	บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี	
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราการจัดสรร	จ่ายชดเชยตามแบบนิติกรรมสัญญา	
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP โดยดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการ	

บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย
ใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร
(สิ่งที่เปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2569)



ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
สายงานบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อนำเสนอ



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

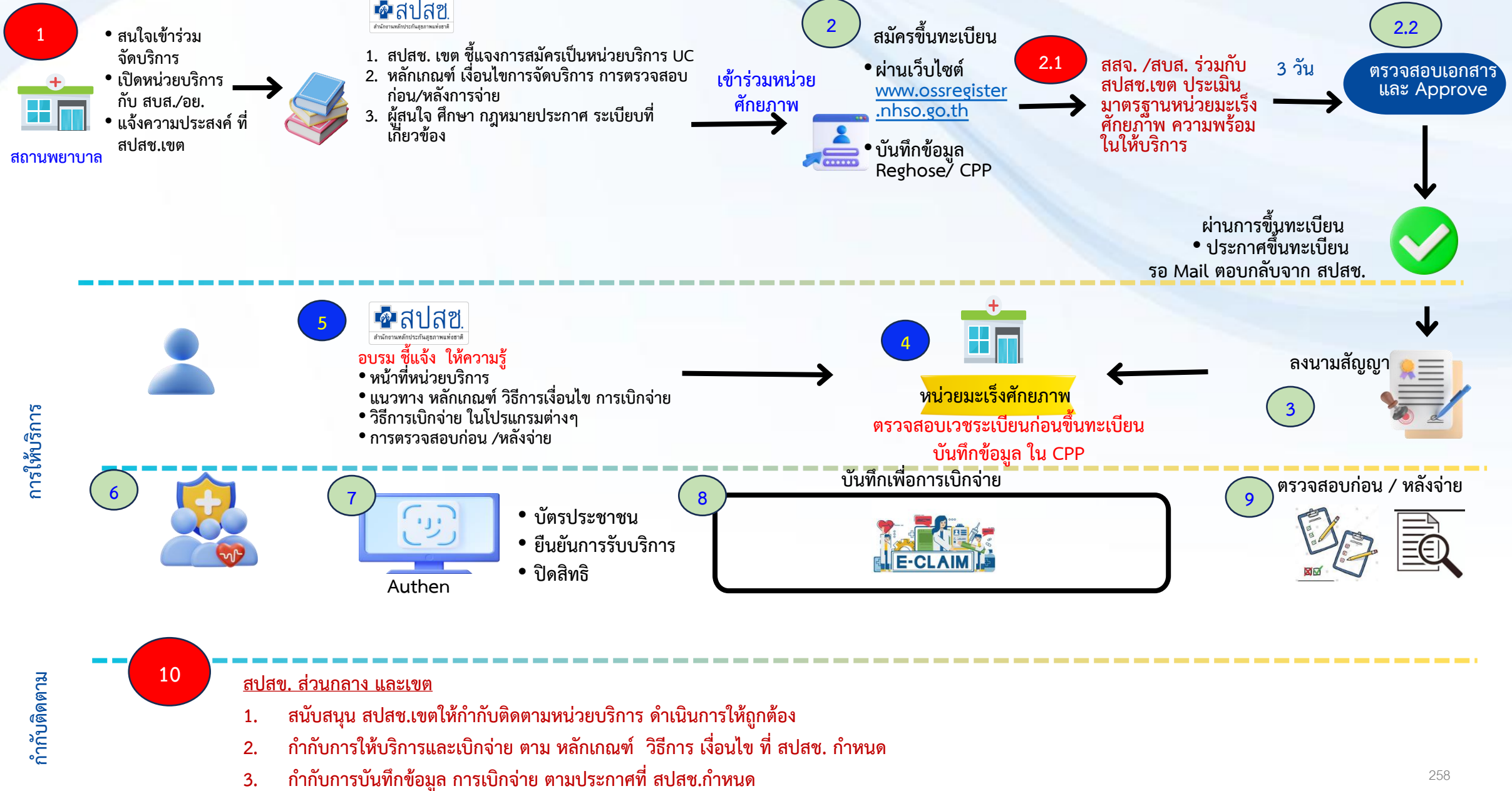


หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่าย กรณีบริการโปรตอน



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่าย กรณีการฝังแร่ที่ตา

FLOW กระบวนการดำเนินงานของหน่วยบริการกรณี CA Anywhere



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. 2568

ข้อ 3 ให้ **ยกเลิก** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2567 และ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567

ข้อ 4 ให้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2566 มีผลใช้บังคับต่อไป มีผลกับข้อมูลให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

ข้อ 5 การขอรับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ปี 2566

ประกาศ ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568





สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า ๓๑

เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๑๓๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ. ๒๕๖๖



Download Here



ประกาศกรณีมะเร็ง25

66

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere ปีงบประมาณ 2569

หัวข้อ	ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี จ (2)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และ D1 (SSS)
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการในระบบ UC ดังนี้ ■ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน ■ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
เงื่อนไขการจ่าย	■ กำหนดให้มีการยืนยันตัวตนเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก (OP) ■ มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit) ■ มีระบบการตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)
โปรแกรม	e-Claim

แนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

หัวข้อ	ปี 2569
แนวทางการรักษา	1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ (ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-096-7) (ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 35 ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ (ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-096-7) (ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-095-0) (ค) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-097-4) 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-095-0)
การบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ในโปรแกรม (e-Claim)	-บันทึก Project code : CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม -บันทึกรหัส ICD10 โรคมะเร็ง /กรณีรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีรหัส Z511, รังสีรักษบันทึกรหัส Z510 และรหัส RTX ตามประกาศกำหนด
การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย	การตรวจสอบก่อนการจ่าย และ Post Audit Payment

เงื่อนไขและอัตราจ่ายบริการกรณีรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ รวมค่าผสมยาเคมีบำบัด ในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วันและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง		จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด (fee schedule)
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

****จ่ายตามศักยภาพหน่วยบริการที่กำหนดในแต่ละระดับ**

การเบิกจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

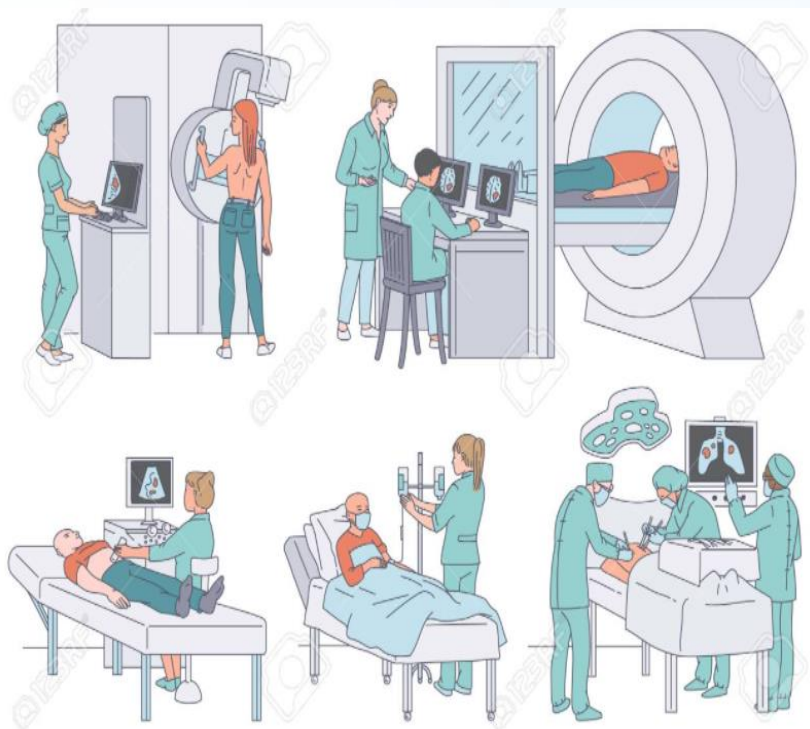


Adobe Acrobat
Document

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการส่งใ้ยาบัญชี จ (2) ตามประกาศกรมการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567 ลว.13 กค 2567 <https://law.nhso.go.th/files/forms/MzEw/0abd3efa-5c3e-425a-a4c8-50fcd015a5de-133676629314965930.pdf>

No.	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	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

บริการโปรตอน ฝังแร่ที่ตา



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

Adobe Acrobat
Document

บริการรักษาด้วยรังสี proton บริการปี 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 1 ต.ค. 2567)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้ ๑ เด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปีที่เป็นเนื้องอกและมะเร็งที่หวังหายขาด (Primary or benign solid tumors in children treated with curative intent) ๒ ผู้รับบริการซึ่งเป็นเนื้องอกและมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาด้วยรังสีเอกซ์หรือโฟตอนได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (Common Terminology Criteria for Adverse Events. (CTCAE) ความรุนแรงระดับ ๔-๕) (Tumors that cannot be achieved with OARs constraint by photon due to possibility of life-threatening complications (CTCAE grade 4-5 complications)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่จัดระบบบริการรักษาด้วยรังสีโปรตอนตามที่ได้ตกลงกับสำนักงาน (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)
อัตราจ่าย	จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาด้วยรังสีโปรตอนแบบเหมาจ่ายรายปี ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้ - การจำลองการฉายรังสี - การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ สำหรับโปรตอน (Patient immobilization with thermoplastic mask for proton therapy) - การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโปรตอน - การฉายรังสีโปรตอน - การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี หมายเหตุ ทั้งนี้ การจัดระบบการรับส่งต่อ ประสานงาน และค่าพาหนะเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการ ให้เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. ๒๕๖๘
โปรแกรม	e-Claim

บริการ ผังแร่ที่ตา	
บริการปี 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 1 ต.ค. 2567)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา กรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ดังนี้ • uveal melanoma • retinoblastoma • eye hemangioma • Retinal vasoproliferative tumors (VPT) • Choroidal metastasis • Hemangioblastoma • Leiomyosarcoma • von Hippel-Lindau • Other ocular tumors
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการเฉพาะโรงพยาบาลรามธิบดี
อัตราจ่าย	จ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายปี โดยครอบคลุมค่าบริการดังต่อไปนี้ การบริการรังสีรักษา Eye-plaque brachytherapy การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา หมายเหตุ ทั้งนี้ การจัดระบบการรับส่งต่อ ประสานงาน และค่าพาหนะเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการ ให้เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผังแร่ที่ตา พ.ศ. ๒๕๖๘
โปรแกรม	e-Claim

กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	
ผู้มีสิทธิ	ผู้รับบริการและญาติที่จะเดินทางเพื่อเข้ารับการนัดวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การรักษา และการติดตามการรักษา ในกรณีดังต่อไปนี้ 1. บริการการรักษาด้วยรังสีโปรตอน 2. บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด 3. บริการการใช้แร่เฉพาะที่
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ
อัตราจ่าย	ค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ภายใต้โครงการบริการรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ ตามที่ได้ตกลงกับสำนักงาน
โปรแกรม	ตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่ สปสช.กำหนด โดย เชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด
สรุปผลงาน	ให้หน่วยบริการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอต่อสำนักงาน เมื่อสิ้นสุดโครงการ (โดยผลงานการบริการให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลหรือมีรายงานผลการดำเนินการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

หน้า ๒๑

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๒๒๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงนาม 19 พ.ค. 68



Adobe Acrobat
Document

หน้า ๕๙

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๓๓๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงนาม 22 ก.ย. 68



Adobe Acrobat
Document

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์คนพิการ ปีงบประมาณ 2569

เดิม_ปี2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง	คงเดิม
2. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)	อยู่ระหว่างการร่างประกาศ ปรับเป็นจ่าย จาก 2 งวด เป็น 1 งวด
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)	อยู่ระหว่างการร่างประกาศ บริการเดิมที่จ่ายจากกองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ปรับจ่ายชดเชยจากงบฟื้นฟูฯ โดยส่วนกลาง ได้แก่ บริการ O&M ,บริการกายภาพบำบัดในชุมชน และ กิจกรรมบำบัดในชุมชน
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)	

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)



เดิม ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	ผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : คนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้ แนวทางการให้บริการ : มีรูปแบบการให้บริการแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล ตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 9,000 บาท ต่อ คน เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึกแผนการดำเนินงาน โดยให้ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ ณ วันที่หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วย	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม ²⁷³

บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	ผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : 1. คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 2. คนพิการที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือ พิการด้านอื่นร่วมด้วย แนวทางการให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง และผู้ให้บริการ IL ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (IL Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจาก วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม	คงเดิม
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	อยู่ระหว่างร่างประกาศ ปรับเป็นจ่าย จาก 2 งวด เป็น 1 งวด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม ²⁷⁴

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : 1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 2. คนพิการ 3. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการ (Fee schedule) รายละเอียดตามตารางแนบท้ายนี้	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	- หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) - หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่านระบบ E-CLIM	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (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	-	-

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการ

- (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
- (๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

ดังต่อไปนี้

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

8๘๖

(นายเจด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ปีงบประมาณ 2569

เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. 2567 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก 2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	สิทธิประโยชน์คงเดิม

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (IMC OP)

เดิม_ปี 2568				ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) รวมด้วยกลุ่มเป้าหมาย 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			คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ			คงเดิม
อัตราจ่าย	กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับ จากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับ กิจกรรมบริการ	คงเดิม
	กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)			
	จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200 บาทต่อครั้ง		
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)			คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)			คงเดิม

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) รวมด้วย กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66 และเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
อัตราจ่าย	สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รุ่นที่ 6 จำนวนอัตราจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ซึ่งอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินที่ได้รับจัดสรรระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นด้วยอัตรา 8,350 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ก่อนมีการปรับลดค่าแรง	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบ e-Claim	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบ e-Claim	คงเดิม ²⁸¹

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์
และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
พ.ศ. ๒๕๖๘

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับคนพิการ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามข้อ ๕ จะจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global Budget) หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ รายละเอียดอัตราจ่ายและรายการที่สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ และเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค กรณีที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะพิจารณาเป็นรายกรณี หรือหน่วยบริการอาจขอทำความเข้าใจกับสำนักงานเป็นการเฉพาะตามความจำเป็น



Adobe Acrobat
Document

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ 2569

เดิม ปี 2568

ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง
ปี 2569

1. ประกาศประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566 (76 รายการ)
2. ประกาศประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ฉบับที่ 8 (3 รายการ)
3. ประกาศประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568
ลงนาม 9 พ.ค. 2568 มีผล 1 ต.ค. 2567 (รวมประกาศอุปกรณ์) เอกสารแนบ 2 รวม 83 รายการ
 - เพิ่ม ขาเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย 3 รายการ มีผล 1 ต.ค. 66
 - 8241 อุปกรณ์ขาเทียมระดับใต้เข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย
 - 8242 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย
 - 8283 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเหนือเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรม

สิทธิประโยชน์
คงเดิม

บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการยืนยันการบริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง(ยกเว้น IP)	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็น “คนพิการ”	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568 (เอกสารแนบ 2 ท้ายประกาศ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	- หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) - หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่าน ระบบ E-CLIM	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชุดเซโรเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย
 ของ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผล การจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค (IMC OP) กายภาพบำบัด , กิจกรรมบำบัด , แก้ไขการพูด	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS หัวข้อ บริการฟื้นฟู สมรรถภาพด้าน การแพทย์
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (O&M : ไม่เข้าหา)	Disability Portal	Disability Portal	
3. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (IL)	Disability Portal	Disability Portal	
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (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

บริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. ๒๕๖๘

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ
ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2569

เดิม_ปี2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (GB) 1) บริการนวด 2) บริการประคบ 3) บริการนวดและประคบ 4) บริการอบสมุนไพร 5) บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 6) บริการพอกเข้า 7) บริการนวดเพื่อฟื้นฟูเด็กพิการ (หน่วยบริการมาตรา 3)	อยู่ระหว่างการร่างประกาศ เพิ่มสิทธิประโยชน์ นวดเฉพาะด้าน
2. บริการยาสมุนไพร 1) บริการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ 32 กลุ่ม (FS) 2) บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือ 55 กลุ่ม (GB) 3) เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ กรณีหน่วยบริการใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน 100%	อยู่ระหว่างการร่างประกาศ เพิ่มรายการยาสมุนไพร
3. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	คงเดิม

บริการการหักการแพทย์แผนไทย

เดิม ปี 2568		ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) บริการ 16 กันยายน 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 (ประกาศ 67) งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ บริการ 1 มีนาคม 2568 – 15 กันยายน 2568 (ประกาศ 68) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ
อัตราจ่าย	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 7. ยาสมุนไพร อื่นๆ 25 Point /รายการยา * (1 ต.ค. 67 – 28 ก.พ. 68)	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)	คงเดิม

บริการพอกเข้า

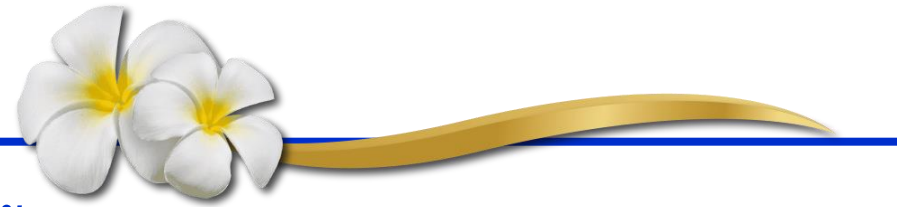
เดิม_ปี 2568			ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง		คงเดิม
หลักเกณฑ์	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) บริการ 16 กันยายน 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 (ประกาศ 67) งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ บริการ 1 มีนาคม 2568 – 15 กันยายน 2568 (ประกาศ 68) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ		จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ
อัตราจ่ายและเงื่อนไข	มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค. 67 ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีอาการปวดเข้าจากภาวะเข่าเสื่อม (OA Knee) (ICD10 : M17) หรือ โรคลมจับโปงแห้งเข้า (ICD10 : U 57.53) โดยให้บริการ <u>นวดพร้อมการพอกเข้า</u> ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ มีรหัสการครบ 4 กิจกรรม / ครั้ง ดังนี้		คงเดิม
	1) 872-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวเข่า)	
	2) 873-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า	
	3) 874-78-11	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขาท่อนล่าง (ระหว่างหัวเข่าถึงข้อเท้า)	
	4) 873-78-35	การพอกยาสมุนไพร (หัวเข่า)	
		200 Point/ครั้ง	
		100 Point/ครั้ง	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ		คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 บันทึกผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 บันทึกผ่านระบบ e-Claim		คงเดิม
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)		คงเดิม

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ

(หน่วยบริการภาคประชาชน มาตรา 3 เท่านั้น)

เดิม ปี 2568		ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	คงเดิม
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	คงเดิม
อัตราจ่าย	มีผลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ } รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ Disability Portal	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) เป็นรายเดือน หัวข้อ บริการแพทย์แผนไทย	คงเดิม

บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ



เหมาะสมตามผลงานบริการ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 32 กลุ่ม 47 รายการ
จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน
(Point system within Global budget) ในอัตรา Point ละ 1 บาท
- ส่วนที่ 2 เหมาะจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ จำนวนไม่เกิน 60 ล้านบาท
สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100 %
ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด
- ส่วนที่ 3 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1 จำนวน 55 กลุ่ม 56 รายการ
จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน
(Point system within Global budget)

ปรับจาก “HERB1-9 และ กัญชาทางการแพทย์” เป็น “จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา” (32 กลุ่ม 47 รายการ)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. การให้บริการมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 เป็นต้นไป 2. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 Thai Med 3. รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4. บันทึกการจ่ายยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือ รหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TTMT หรือ TMT) 5. รูปแบบยา เงื่อนไขการส่งจ่ายยาบัญชียาเฉพาะ และ บัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 6. การส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด 7. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษา ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด	คงเดิม
อัตราจ่าย	อัตรา Point ละ 1 บาท จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข	คงเดิม
ระบบ	บันทึกและประมวลผ่านระบบ E-Claim หรือ เชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	คงเดิม

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย บาท ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
1	H000101	ยาไพล	40 บาท	30	1 หลอด
	H000102	ยาไพล ยาขี้ผึ้ง สูตรตำรับที่ ๑, ๒	43 บาท	30	1 ขวด
	H000103	ยาน้ำมันไพล	40 บาท	30	1 ขวด
2	H000201	เถาวัลย์เปรียง	60 บาท	14	21,000 มก.
	H000202	ยาสารสกัดเถาวัลย์เปรียง	32 บาท	14	8,400 มก.
	H000203	ยาผสมเถาวัลย์เปรียง สูตรตำรับที่ ๑	86.5 บาท	7	18,900 มก.
	H000204	ยาผสมเถาวัลย์เปรียง สูตรตำรับที่ ๒	86.5 บาท	7	18,900 มก.
3	H000301	ยาประคบสมุนไพรสด,ยาประคบสมุนไพรแห้ง	100 บาท	7	1 ลูก
4	H000401	ยาสัหชรา	73 บาท	7	21,000 มก.
5	H000501	ยาปราบชมพูทวีป	170 บาท	7	21,000 มก.
6	H000601	ยาฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดิน)	92 บาท	7	10,000 มก.
	H000602	ยาฟ้าทะลายโจร (สารสกัด)	136.5 บาท	7	300 มก. (ปริมาณรวม Andrographolide)
	H000603	ฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดินที่ควบคุม (Andrographolide)	136.5 บาท	7	300 มก. (ปริมาณรวม Andrographolide)
7	H000701	ยาแก้ไอผสมมะขามป้อมสูตรตำรับที่ ๑, ๒	84 บาท	7	1 ขวด
8	H000801	ยาประสะมะแว้ง	50 บาท	7	14,000 มก.

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย บาท ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
9	H000901	ยาราคูบเขย	84 บาท	7	315 มล.
10	H001001	ยาขมิ้นชัน	56 บาท	14	28,000 มก.
	H001002	ยาสารสกัดขมิ้นชัน	191.5 บาท	14	21,000 มก.
11	H001101	ยามะขามแขก	31.5 บาท	7	2,400 มก.
12	H001201	ยาผสมเพชรสังฆาตสูตรที่ ๑, ๒	204 บาท	14	21,000 มก.
13	H001301	ยาชิง	84 บาท	7	14,000 มก.
14	H001401	ยาหอมนวโกฐ	70 บาท	7	21,000 มก.
15	H001501	ยาว่านหางจระเข้	53 บาท	7	1 หลอด
16	H001601	ยาเปลือกมังคุด	30.5 บาท	7	1 ขวด
17	H001701	ยาพญายอ	33 บาท	7	1 ขวด/หลอด
18	H001801	ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง	48 บาท	7	1 ขวด
19	H001901	ยาแก้ลมแก้เส้น (แคปซูล)	420 บาท	14	28,000 มก.
	H001902	ยาแก้ลมแก้เส้น (ซอง)	390 บาท	14	28,000 มก.
20	H002001	ยาทำลายพระสุเมรุ (แคปซูล)	270 บาท	7	56,000 มก.
	H002002	ยาทำลายพระสุเมรุ (ซอง)	240 บาท	7	56,000 มก.
21	H002101	ยาสุขไสยาสน์ (แคปซูล)	420 บาท	14	7,000 มก.
	H002102	ยาสุขไสยาสน์ (ซอง)	330 บาท	14	7,000 มก.

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ลำดับ	Drug_Group	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย บาท ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิกจ่าย per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
22	H002201	ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) 2.0 mg/ml	344 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ไม่เกิน 2 ขวด)	1 ขวด (ขนาด 10 ml)
23	H002301	ยาน้ำมันกัญชาทั้งห้า	600 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ไม่เกิน 4 ขวด)	2 ขวด (ขนาด 5 ml)
24	H002401	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐:๑ ขนาด ๑๐ ml	2000 บาทต่อขวด จ่ายชดเชยตามการใช้จริง	30	1 ขวด
	H002402	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐:๑ ขนาด ๓๐ ml	6000 บาทต่อขวด จ่ายชดเชยตามการใช้จริง	30	1 ขวด
25	H002501	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน ๑:๑	1800 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ไม่เกิน 2 ขวด)	2 ขวด (ขนาด 5 ml)
26	H002601	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน ๐.๕ mg/drop	1000 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ไม่เกิน 2 ขวด)	2 ขวด (ขวดละ 5 ml)
	H002602	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน ๓ mg/drop	1625 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ไม่เกิน 1 ขวด)	1 ขวด (ขนาด 10 ml)
27	H002701	ยาหอมเทพจิตร	70 บาท	7	21,000 มก.
28	H002801	ยากล้วย	32.5 บาท	7	90,000 มก.
29	H002901	ยาเหลืองปิดสมุทร	37 บาท	7	4,000 มก.
30	H003001	ยามะระขึ้นนก	46 บาท	7	10,500 มก.
31	H003101	ยาพริก	40 บาท	30	1 หลอด
32	H003201	ยาเขียวหอม	70 บาท	7	14,000 มก.

หมายเหตุ * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด

เหมาะสมเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ

สำหรับ หน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%

ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 3 รายการ

เหมาะสม 50,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 2 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 รายการ

เหมาะสม 100,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 3 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย 5 รายการ

เหมาะสม 200,000 บาท/แห่ง

๔๔๔ จำนวนเงินไม่เกิน 60 ล้านบาท

เงื่อนไขการจ่าย

การจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%

ที่ผ่านการตรวจสอบตามที่ สปสช.กำหนด

ส่วนที่ 3 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

ปรับจาก “ยาสมุนไพรอื่นๆ 25 Point ต่อรายการ” เป็น “จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา” (55 กลุ่ม 56 รายการ)

ปีงบประมาณ 2568 (เริ่ม 1 มี.ค. 68)		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. การให้บริการมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 เป็นต้นไป 2. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 Thai Med 3. รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4. บันทึกการจ่ายยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือ รหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TTMT หรือ TMT) 5. รูปแบบยา เงื่อนไขการส่งจ่ายยาบัญชียาเฉพาะ และ บัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 6. การส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด 7. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษา ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)	คงเดิม
หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อ ประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข	คงเดิม
ระบบ	บันทึกและประมวลผ่านระบบ E-Claim หรือ เชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	คงเดิม

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย Point ต่อ course การรักษา	* รอบการ เบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
1	H003301	ยาตรีผลา	65 point	7	6,300 มก.
2	H003401	ยาบัวบก (ยาแคปซูล ยาขง)	28 point	7	8,400 มก.
	H003402	ยาบัวบก (ยาภายนอก)	41 point	7	1 หลอด
3	H003501	ยาหญ้าปักกิ่ง	27 point	7	8,400 มก.
4	H003601	ยาสเปรย์กระตุกไค้ดำ	84 point	15	1 ขวด
5	H003701	ยารางจิต	73 point	7	21,000 มก.
6	H003801	ยาหญ้าหนวดแมว	42 point	14	56,000 มก.
7	H003901	ยาผสมหญ้าดอกขาว	315 point	14	16,800 มก.
8	H004001	ยาหญ้าดอกขาว	315 point	14	84,000 มก.
9	H004101	ยาชุมเห็ดเทศ	60.5 point	7	21,000 มก.
10	H004201	ยาประสะไพล	67.5 point	15	45,000 มก.
11	H004301	ยาธรณีสัณตะฆาต	204 point	7	3,500 มก.
12	H004401	ยาธาตุบรรจบ	104.5 point	7	10,500 มก.
13	H004501	ยาจันทลีลา	97 point	7	9,000 มก.
14	H004601	ยาห้าราก	48 point	7	4,500 มก.
15	H004701	ยาหอมทิฟโอสถ	98 point	7	15,000 มก.
16	H004801	ยาหอมแก้ลมวิงเวียน	63 point	7	9,000 มก.
17	H004901	ยาหอมอินทจักร์	175 point	7	15,000 มก.
18	H005001	ยาเบญจกูล	108 point	7	16,800 มก.

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย Point ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
19	H005101	ยาประสะเจตพังคี	48.5 point	7	14,000 มก.
20	H005201	ยาประสะเปราะใหญ่	48.5 point	7	4,500 มก.
21	H005301	ยาประสะกะเพรา	165 point	7	5,600 มก.
22	H005401	ยาประสะกานพลู	104.5 point	7	21,000 มก.
23	H005501	ยามหาจักรใหญ่	35.5 point	7	21,000 มก.
24	H005601	ยามันทรธาตุ	104.5 point	7	10,500 มก.
25	H005701	ยาวิสัมพยาใหญ่	50.5 point	7	42,000 มก.
26	H005801	ยาอภัยสาลี	54 point	30	90,000 มก.
27	H005901	ยาถ่ายติเกลื้อฝรั่ง	48 point	7	3,000 มก.
28	H006001	ยาริดสีดวงมหากาฬ	204 point	30	72,000 มก.
29	H006101	ยาเล็อดงาม	264.5 point	7	21,000 มก.
30	H006201	ยาไฟประลัยกัลป์	167.5 point	14	42,000 มก.
31	H006301	ยาไฟห้ำกอง	167.5 point	14	42,000 มก.
32	H006401	ยาปลุกไฟธาตุ	167.5 point	14	21,000 มก.
33	H006501	ยาสตรีหลังคลอด	167.5 point	14	21,000 มก.
34	H006601	ยาประสะจันทน์แดง	177.5 point	7	9,000 มก.
35	H006701	ยามหานิลแห่งทอง	37.5 point	7	3,000 มก.
36	H006801	ยาแก้ไอผสมกานพลู	19 point	7	8,400 มก.
37	H006901	ยาแก้ไอผสมมะนาวดอง	17 point	7	8,400 มก.

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	Drug_Group	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย Point ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ส
38	H007001	ยาแก้ไอพ่นบ้านอีสาน	43 point	7	1 ขวด
39	H007101	ยาอำมฤควาที	206 point	7	3,500 มก.
40	H007201	ยาบำรุงโลหิต	218 point	30	60,000 มก.
41	H007301	ยาแก้ลมอัมพฤกษ์	259 point	7	21,000 มก.
42	H007401	ยากษัยเส้น	207.5 point	7	21,000 มก.
43	H007501	ยาผสมโคคลานสูตรตำรับที่ ๑,๒,๓	59.5 point	7	21,000 มก.
44	H007601	ยาตรีเษรมาส	95 point	30	120,000 มก.
45	H007701	ยาตรีพิภัก	109 point	7	5,250 มก.
46	H007801	ยาทิงเจอร์พลู	69.5 point	14	1 ขวด
47	H007901	ยากระเจี๊ยบแดง	166.5 point	7	14,000 มก.
48	H008001	ยาทาขมิ้นชันและกัญชา	300 point	30	3 ขวด
49	H008101	ยาบรรเทาโรคผิวหนังทวารหนัก	204 point	30	42,000 มก.
50	H008201	ยาอัมฤตยโอสถ	207.5 point	14	28,000 มก.
51	H008301	ยาเมล็ดน้อยหน่า	30 point	ปรับจาก 21 เป็น 15	1 หลอด
52	H008401	ยาทาแก้เชื้อราที่เล็บ	48 point	ปรับจาก 30 เป็น 15	1 ขวด
53	H008501	ยาประสะกัญชา	330 point	14	14,000 มก.
54	H008601	ยาบำรุงน้ำนม	93 point	14	22,500 มก.
55	H008701	ยาทาพระเส้น	97 point	ปรับจาก 30 เป็น 15	1 ขวด

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข เดิม ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย	คงเดิม
อัตราจ่าย	1. จ่ายตามรายการบริการในอัตราครั้งละ 150 บาท (รวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์) ไม่เกิน 20 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel ADL index ร่วมด้วยทุกครั้งที่ได้รับบริการ และหากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน 2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้รับบริการรายเดิมครบ 20 ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการเดียวกัน	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการฝังเข็ม หรือ บริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า และให้บริการโดยแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายการแพทย์แผนจีน	คงเดิม
ระบบ เบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ E-Claim หรือ เชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	คงเดิม

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย

บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2569

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผล การจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (ยกเว้นนวัตกรรมแผนไทย) นวด / นวดและประคบ / ประคบ / อบสมุนไพร / ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด / พอกเข้า	43 แพ้ม	E-Claim	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย
2. การใช้ยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ HERB_FS 32 กลุ่ม 47 รายการ , HERB_GB 55 กลุ่ม 56 รายการ	E-Claim	E-Claim	E-Claim
3. บริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วย Stroke	E-Claim	E-Claim	E-Claim
4. 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



บริการนวัตกรรม

บริการสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้าน Primary Health Care



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ข้อมูลทั่วไปบริการนวัตกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
1. บริการนวัตกรรม	1. บริการปฐมภูมิ เพิ่มเติม 2. บริการการแพทย์ทางไกล(OP Telemedicine) 3. คลินิกเวชกรรม 4. บริการเภสัชกรรม (ร้านยา) 5. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 6. คลินิกเทคนิคการแพทย์ (LAB Anywhere) 7. คลินิกกายภาพบำบัด 8. คลินิกแพทย์แผนไทย 9. คลินิกทันตกรรม
2. การจ่าย	✓ จ่ายตามรายการบริการ
3. การปิดสิทธิ	✓ ทุกบริการนวัตกรรม
4.รอบREP / การโอนเงิน	✓ REP ออก ทุกวันจันทร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ✓ รอบการโอนเงินให้แก่หน่วยบริการทุกวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
5. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	✓ ตามโปรแกรมที่กำหนด ✓ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลจากระบบ HIS ของหน่วยบริการได้

การดำเนินการในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายกลุ่มบริการนวัตกรรม

- ❑ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย เว้นแต่ กรณีมีเหตุจำเป็นอันไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
- ❑ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายจากระบบ HIS ของหน่วยบริการด้วยชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่กำหนด
- ❑ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการที่บันทึกใน ส.พ.7 และข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (Contracting Provider Profile: CPP)
- ❑ กรณีให้บริการนอกสถานบริการ ให้หน่วยบริการประสาน สปสช. เขต ก่อนให้บริการเพื่อดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และต้องมี สพ. 4 ใบขออนุญาตให้บริการนอกสถานบริการ
- ❑ การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2569 : ส่งข้อมูลภายใน 31 ธันวาคม 2569
- ❑ มีการตรวจสอบก่อนการจ่าย (Pre audit) และหลังการจ่าย (Post audit)

รายการบริการ และอัตราค่าบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2569

1.บริการเพิ่มเติม ปฐมภูมิ

ค่าจัดส่ง
ทางไปรษณีย์ (50 บ.)

บริการสาธารณสุขทางไกล
(Telemed) (50 บ.)

LAB นอกหน่วย (80 บ.)

2. บริการการแพทย์ทางไกล ในลักษณะ ผู้ป่วยนอก (OP Telemedicine)

คลินิกเวชกรรม OP Telemedicine
(ศักยภาพ H40 บริการแพทย์ทางไกล)
Common illness : ICD 42 โรค (100,150,200 บ.)

3. คลินิกเวชกรรม

บริการ OP
วินิจฉัย/แนะนำ 100 บาท/ครั้ง
วินิจฉัย/รักษา 320 บาท/ครั้ง

รายการ PPFS
ตามที่กำหนด

รายการบริการ และอัตราจ่ายบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2568

4. บริการเภสัชกรรม (ร้านยา)

Common illness
32 กลุ่มอาการ (180 บาท/ครั้ง)

จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์
โมเดล 1,2,3

รายการ PPFS
จำนวน 8 รายการ

5. คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

Common illness
10 กลุ่มอาการ (150 บาท/ครั้ง)

บริการพยาบาลพื้นฐาน ตามรายการ OP FS
11 รายการ

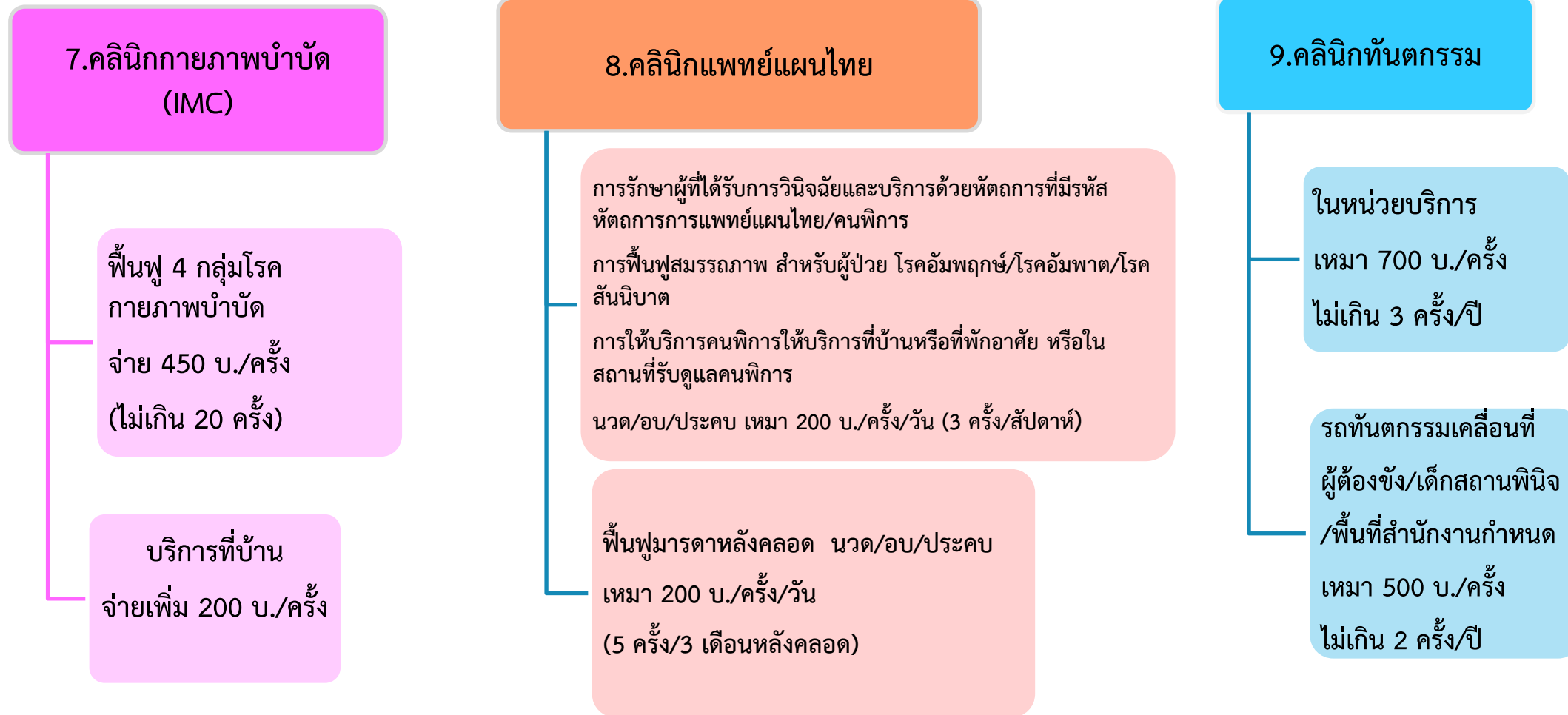
รายการ PPFS
จำนวน 7 รายการ

6. คลินิกเทคนิคการแพทย์ (LAB Anywhere)

Lab OP
27 รายการ (อัตรา FS)

รายการ PPFS
จำนวน 7 รายการ

รายการบริการ และอัตราจ่ายบริการนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2568



การกำหนดจำนวนครั้งบริการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น รวมกันในทุกหน่วยบริการ ตั้งแต่ 1 ก.ย.2568

ประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การกำหนดเงื่อนไขการ
จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีบริการ
ดูแลตามอาการหรือรักษา
โรคเบื้องต้นสำหรับหน่วย
บริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน
ที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ

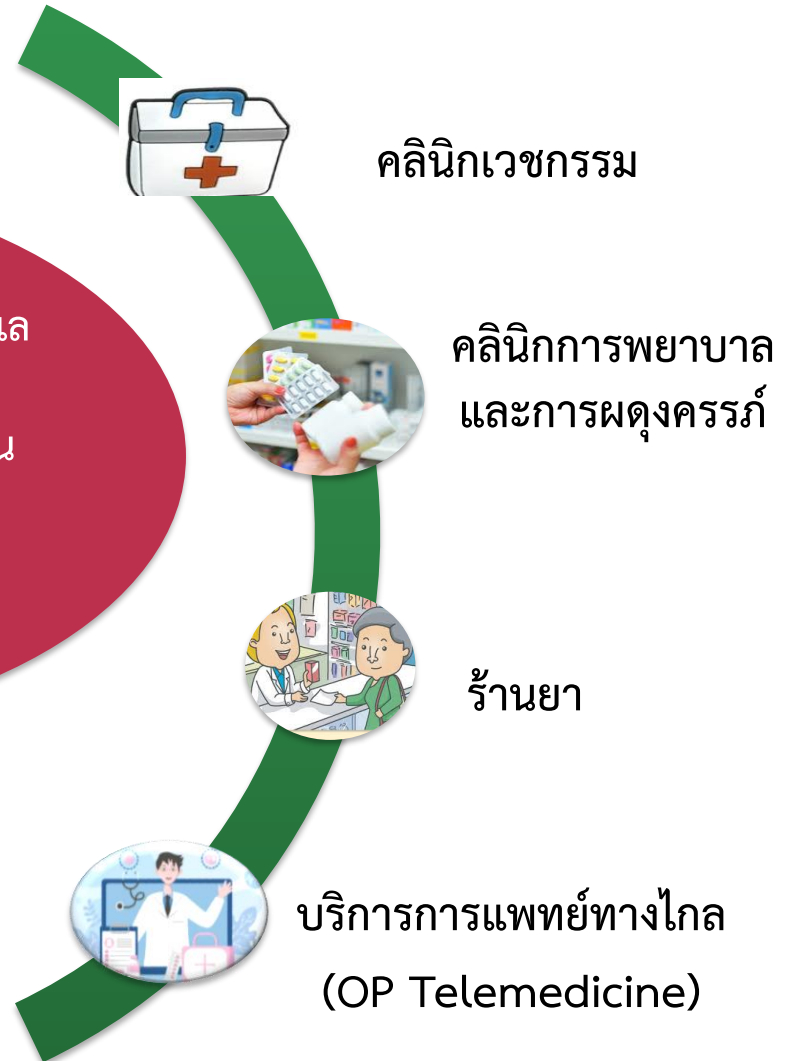
พ.ศ.2568

ลงวันที่ 19 ส.ค.2568



ให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายในการดูแล
ตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นแก่
ผู้รับบริการรวมกันไม่เกิน 2 ครั้งต่อเดือน
รวมกันในทุกหน่วยบริการ
เริ่ม 1 ก.ย.2568

ไม่นับรวมการรักษาอาการเจ็บป่วยจาก
การสูบบุหรี่ (บริการของร้านยา)



บริการระดับปฐมภูมิ



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

พ.ศ. ๒๕๖๖

เริ่มใช้วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565



เพิ่มเติมปฐมภูมิ

ข้อ ๕ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

๕.๑ ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

๕.๒ ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)

๕.๓ ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

1. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
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	

2. ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า อาการคงที่ ควบคุมโรคได้ดี และจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติในประกาศกำหนด H24 : บริการระบบสาธารณสุขทางไกล 1. มีความพร้อมของเทคโนโลยีเพื่อการพิสูจน์ตัวตนและการให้บริการการแพทย์ทางไกล 2. มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพหรือ ก.สธ.กำหนด 3. มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนเข้ารับบริการ 4. มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ โดยจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลการให้บริการได้ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบ 5. มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงด้านสารสนเทศ และมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร	
ขอบเขตการบริการ	1.นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ 2.พิสูจน์ตัวตนและแสดงความยินยอมในการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ 3.ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลโดยผู้ประกอบวิชาชีพของหน่วยบริการตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพหรือ ก.สธ.กำหนด 4.บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนตามแนวทางของหน่วยบริการ	
อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	■ โปรแกรม E Claim ■ บันทึกรายการที่ให้บริการ : ระบุในหมวด 19 รหัส FS : Telemed /telehealth	

3. ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วย (LAB นอกหน่วย)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - รับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่า - หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ให้บริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ - จัดให้มีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และ/หรือมีหน่วยบริการอื่นเป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ - หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเก็บตัวอย่างและขนส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล **ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
ขอบเขตการบริการ	ค่าเจาะเลือด ค่าเก็บส่งตรวจ และค่าการนำส่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ	
อัตราจ่าย	เหมาจ่าย 80 บาท/ครั้ง	
โปรแกรมและการบันทึก	- E-claim - บันทึกในหมวด 19 รหัสเบิก FS xxx : SPECC ค่าบริการเก็บส่งตรวจ	

ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

การจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP Telemedicine 42 กลุ่มโรค)

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

พ.ศ. ๒๕๖๖ เริ่มใช้วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565

บริการตรวจรักษา OP Telemedicine

การจ่ายค่าบริการ OP Telemedicine

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยสิทธิ UC และผู้ประกันตนคนพิการ (D1)ที่เจ็บป่วยโรคทั่วไป 42 กลุ่มโรค - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบ สปสช. ตามคุณสมบัติประกาศกำหนด H40 : OP teemed บริการแพทย์ทางไกล ✓ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยมีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ที่ระบุ “มีการบริการการแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)” ✓สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 ของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบในการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ ✓มีแพทย์พร้อมให้บริการโดยไม่กระทบกับการให้บริการหลัก ✓สามารถส่งยาถึงผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการ	จะมีการเปลี่ยนแปลง โดยอยู่ระหว่างปรับประกาศ ดังนี้ - เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเวชกรรมที่มีใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ที่ระบุ การมีบริการการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine) และจัดให้มีบริการการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล - ขึ้นทะเบียน R0207 และ H40 : OP teemed บริการแพทย์ทางไกล

บริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม ปีงบประมาณ 2569

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม

เริ่มใช้วันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2566 พ.ศ. ๒๕๖๗



บริการด้านเวชกรรม _2567

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘ เริ่มใช้วันที่ 19 สิงหาคม 2568



บริการด้านเวชกรรม _2568



ประกาศ HIV_ปี68



ประกาศ PPFS_ปี67

1. ค่าบริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกตามการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

1.ค่าบริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกตามการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมที่ให้บริการนวัตกรรมด้านเวชกรรมตามรายการบริการและจังหวัดที่กำหนด - เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (สังกัดหลักเอกชน/สังกัดย่อย คลินิกเอกชน) เป็นสถานบริการไม่รับผู้ป่วยค้างคืน - ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามคุณสมบัติประกาศกำหนด หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม	
ขอบเขตบริการ	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการแบบ<u>ผู้ป่วยนอก</u>ตามการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	
อัตราจ่าย	1.ค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง 2. ค่าบริการตรวจวินิจฉัย ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและเวชภัณฑ์ อัตราจ่าย 320 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	AMED	

2.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนคนไทย ทุกสิทธิ ตามประกาศ PP - การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมที่ให้บริการนวัตกรรมด้านเวชกรรมตามรายการบริการ และจังหวัดที่กำหนด - เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (สังกัดหลักเอกชน/สังกัดย่อย คลินิกเอกชน) เป็นสถานบริการไม่รับผู้ป่วยค้างคืน - ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามคุณสมบัติที่ประกาศกำหนด หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม	คงเดิม
ขอบเขตการบริการ	มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ <u>ซึ่งไม่ซ้ำซ้อน</u>กับค่าใช้จ่ายประกาศนี้ โดยหน่วยบริการต้องชี้แจงศักยภาพการที่จะให้บริการ กับ สปสช.	บริการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในหน่วยนวัตกรรมด้านเวชกรรม 22 รายการ
อัตราจ่าย	จ่ายตามเงื่อนไข และรายการที่กำหนดในประกาศฯ PPFS	- รายการบริการลำดับที่ 1-21 จ่ายตามเงื่อนไข และรายการที่กำหนดในประกาศฯ PPFS - รายการบริการลำดับที่ 22 จ่ายตามเงื่อนไข และรายการที่กำหนดในประกาศฯ HIV
โปรแกรม	KTb	คงเดิม

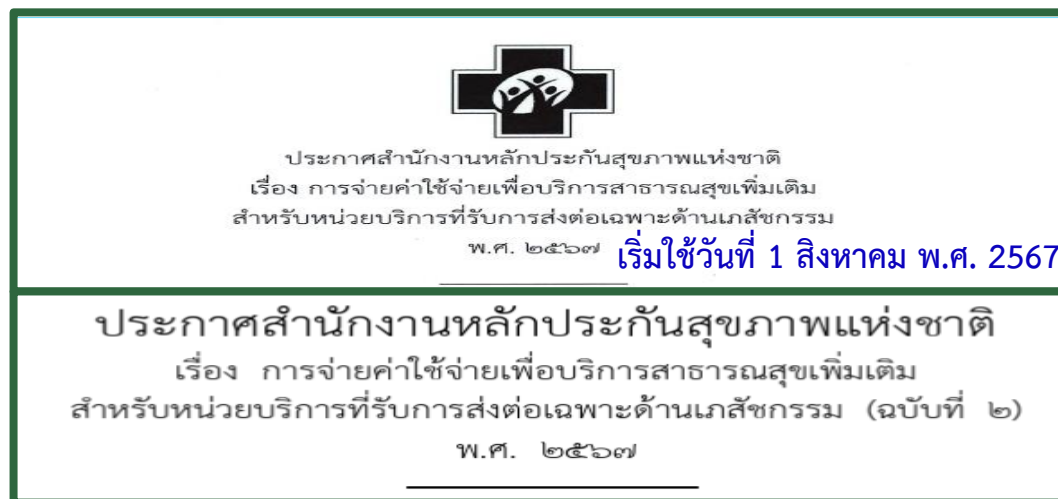
2.1 ตารางค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)			
ลำดับ	รายการบริการ	ลำดับ	รายการบริการ
1	1.บริการฝากครรภ์สำหรับการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก และบริการตรวจอัลตราซาวด์ 2.บริการฝากครรภ์สำหรับการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	13	บริการให้วัคซีนป้องกันโรค
		14	บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
2	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill-POP) และบริการให้คำปรึกษา	15	บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
3	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive - COC) และบริการให้คำปรึกษา	16	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บส่งตรวจ จากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self- sampling) เฉพาะค่าบริการเก็บตัวอย่าง 2.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear 3.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA
4	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และบริการให้คำปรึกษา		
5	บริการยาฉีดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา		
6	บริการฝังยาคุมกำเนิด	17	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
7	บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	18	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
8	บริการใส่ห่วงอนามัย	19	บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส
9	บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา	20	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
10	บริการทดสอบการตั้งครรภ์	21	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
11	บริการตรวจหลังคลอด และบริการยาเสริมธาตุเหล็กกรดโฟลิก ไอโอดีน	22	บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)รวมบริการให้คำปรึกษา
12	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก		

บริการสำหรับหน่วยบริการ ที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศร้านยา
(ราชกิจจานุเบกษา)



ประกาศร้านยา ฉบับที่
2 (ราชกิจจานุเบกษา)



ประกาศ PPFS ฉ.
ปรับปรุง (ราชกิจจานุเบกษา)



ประกาศ HIV
(ราชกิจจานุเบกษา)

1. ค่าบริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Common illness)
2. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (ร้านยาโมเดล 1 2 3)
3. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

1. ค่าบริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Common illness)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UCs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม และบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Common illnesses) - เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) - เป็นร้านยาคุณภาพผ่านการรับรองโดยสภาเภสัชกรรม หรือผ่านการรับรองเบื้องต้นซึ่งอยู่ระหว่างออกใบรับรอง	
ขอบเขตบริการ	- บริการตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการที่เป็นไปตามแนวทาง และมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยสภาเภสัชกรรม 32 กลุ่มอาการ - รายการยาที่จ่าย เป็นกลุ่มยาสามัญประจำบ้านหรือยาอันตรายที่เภสัชกรสามารถจ่ายได้ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 การจ่ายยาเป็นไปตามดุลพินิจของเภสัชกร และสอดคล้องกับคู่มือเภสัชชุมชน ในการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ในร้านยาของสภาเภสัชกรรม	
อัตราจ่าย	เหมาจ่ายอัตรา 180 บาท/ครั้ง/คน	
โปรแกรม	AMED	

2. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (ร้านยาโมเดล 1 2 3)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ส่งจ่ายยา - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ที่ผ่านการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม กับ สปสช. **ต้องผูกเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย + ร้านยา โดยยื่นเอกสารที่ สปสช.เขตพื้นที่**	
ขอบเขตการบริการ	บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ครอบคลุมผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคเบาหวาน 2)โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคหอบหืด 4)โรคจิตเวช 5) โรคเรื้อรังอื่นที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	
โปรแกรม	A-Med Care Plus และ E-prescription	

2. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (ร้านยาโมเดล 1 2 3)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
	รูปแบบ	อัตรา	
รายการบริการ และอัตราการ ชดเชย	รูปแบบที่ 1 หน่วยบริการจัดยารายบุคคลส่งให้หน่วย บริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม	<u>จ่ายตามอัตรารายการ ที่กำหนด</u> - สำหรับหน่วยบริการที่ส่งจ่ายยา : 49 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก - สำหรับร้านยา : 70 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	คงเดิม
	รูปแบบที่ 2 หน่วยบริการจัดสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการที่ รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม	<u>จ่ายตามอัตรารายการ ที่กำหนด</u> - สำหรับหน่วยบริการที่ส่งจ่ายยา : 47 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก - สำหรับร้านยา : 80 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	
	รูปแบบที่ 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัช กรรมดำเนินการจัดหายาเอง	<u>จ่ายตามอัตรารายการ ที่กำหนด</u> - สำหรับหน่วยบริการที่ส่งจ่ายยา : 42 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก - สำหรับร้านยา : 90 บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก - อัตราจ่ายค่ายาเป็นไปตามประกาศการจ่ายตามรายการบริการ Fee schedule	

3. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ตามประกาศ PP + การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบันชั้น 1 (ข.ย.1) - ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) - ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม และ ขึ้นศักยภาพร้านยาที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP	
ขอบเขตการบริการ	- บริการยาเม็ดคุมกำเนิดรวมค่าบริการให้คำปรึกษา - บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินรวมค่าบริการให้คำปรึกษา - บริการถุงยางอนามัยรวมค่าบริการให้คำปรึกษา - บริการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง - บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test สำหรับบริการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) - บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ - บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-test รวมบริการให้คำปรึกษา)	
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการที่กำหนดในประกาศฯ PPFS	
โปรแกรม	KTB	

บริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน การพยาบาลและการผดุงครรภ์



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศฯ 2568



ประกาศฯ รายการ
PP 2567



ประกาศฯ รายการ
FS 2567

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ. ๒๕๖๘ เริ่มใช้วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2567

1. ค่าบริการสาธารณสุขด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- 1.1 การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 1.2 การบริการพยาบาลพื้นฐานตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพฯ
- 1.3 บริการการรักษาโรคเบื้องต้น (Common illness)

2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

1.ค่าบริการสาธารณสุขปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UCs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ : D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)		คงเดิม
หน่วยบริการ	- เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน หรือสภาวิชาชีพไทย ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน - ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์		
ขอบเขตการบริการ	1) การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2) การบริการพยาบาลพื้นฐาน 3) บริการการรักษาโรคเบื้องต้น (Common illness) - เป็นไปตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2564 - ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ.2565		
โปรแกรม	E-Claim:	1) การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2) การบริการพยาบาลพื้นฐาน	
	AMED:	บริการการรักษาโรคเบื้องต้น (Common illness)	

1. ค่าบริการสาธารณสุขปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย และโปรแกรมเบิก ผ่าน E-Claim	1. การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ และตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ 1) การให้บริการยาพ่น 50 บาทต่อครั้ง 2) การให้บริการยาฉีด (IV, IM, SC) 20 บาทต่อเข็ม	อยู่ระหว่างการพิจารณา ปรับปรุงประกาศ
อัตราจ่าย และโปรแกรมเบิก ผ่าน E-Claim	2. การบริการพยาบาลพื้นฐานตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ 1) บริการทำแผลแห้งหรือเย็บแผล 70 บาทต่อครั้ง 2) บริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ 140 บาทต่อครั้ง 3) บริการทำแผลขนาดใหญ่ 270 บาทต่อครั้ง 4) บริการล้างตา 70 บาทต่อครั้ง 5) บริการเช็ดตา 40 บาทต่อครั้ง 6) บริการล้างจมูก 70 บาทต่อครั้ง 7) บริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร (ไม่รวมค่าอุปกรณ์) 70 บาทต่อครั้ง 8) บริการใส่สายสวนปัสสาวะ (ไม่รวมค่าอุปกรณ์) 90 บาท ต่อครั้ง 9) จ่ายเป็นค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับบริการ 7) และ 8) ที่กำหนดตามประกาศ รายการบริการ FS (ปรับราคาบริการตามประกาศ FS ฉบับที่ 2 วันที่ 1 มีนาคม 2567)	



ประกาศรายการ
บริการ FS ฉบับที่ 2

1. ค่าบริการสาธารณสุขปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย และ โปรแกรมเบิกผ่าน A-MED  ข้อบังคับสภา 2564  ประกาศการ รักษาโรค2565	3 บริการการรักษาโรคเบื้องต้น (Common illness) <u>ขอบเขตการให้บริการ</u> 1. ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 2. ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565 3. ผู้รับบริการ<u>เข้ารับการรักษาโรคได้ตามความจำเป็น</u>ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน (ของหน่วยบริการรับส่งต่อด้านการพยาบาลฯทั้งหมด) 4. เมื่อหน่วยบริการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นแล้ววันที่ให้บริการไม่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอื่นได้** อัตราค่าบริการรวมค่าบริการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล รวมทั้งให้คำปรึกษา ยาเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการรักษา เหมจ่ายครั้งละ 150 บาท/ครั้ง/คน	คงเดิม

2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (PP)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนคนไทย ทุกสิทธิ ตามประกาศ PP - การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หน่วยบริการ	- ชั้นทะเบียน R0213 หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ - เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน หรือสถานกึ่งรัฐ ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	
ขอบเขตการบริการ	1) บริการฝากครรภ์ สำหรับครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในกรณีที่มีแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีภาวะครรภ์เสี่ยง 2) บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา 3) บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา 4) บริการทดสอบการตั้งครรภ์ 5) บริการตรวจหลังคลอด และบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน 6) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก 7) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ (ประกาศ PP)	
อัตราจ่าย	ตามประกาศรายการ PPFS	
โปรแกรม	KTB	

บริการสำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อ เฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

การจ่ายค่าใช้จ่าย

สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (Lab anywhere)

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

หน้า ๑๙

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๒๘๐ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๘

เริ่มใช้วันที่ 17 กรกฎาคม 2568



ประกาศ PPFS



FS



Lab anywhere



HIV Self-test ปี
2568.pdf

1. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. บริการเก็บส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ PP

1. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หัวข้อ	เดิม ปี 2568	(เปลี่ยนแปลง) ปีงบประมาณ 2568 (แก้ไขเพิ่มเติมใช้ในปี 2568) และต่อเนื่องในปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตน คนพิการ : D1) - ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า และมีใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแล - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	- สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ - ผ่านการพิจารณาจากสภาเทคนิคการแพทย์ - ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพ H46 : Lab Anywhere	➢ ปรับเพิ่มหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คณะเทคนิคการแพทย์ สังกัดมหาวิทยาลัยภาครัฐ และสถานพยาบาลสังกัดสภาภาษาชาติไทยที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
ขอบเขตการให้บริการ	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคเรื้อรังรายเก่าและมีใบสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแล - ค่าตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการตามรายการและอัตรารายละเอียดเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 2 แนบท้ายประกาศฯ (22 รายการ) - ให้บริการเก็บส่งตรวจ และตรวจวิเคราะห์ผลเบ็ดเสร็จ	➢ ปรับเพิ่มรายการ LAB 5 รายการ ได้แก่ Electrolyte (Na, K, Cl, CO2) ➢ ปรับเพิ่มรายการตรวจ LAB แบบชุดบริการ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1.Electrolyte (Na, K, Cl, CO2) 2.Liver Function Test 3.Lipid Profile (Cholesterol, HDL-Chol, LDL-chol, TG)
เงื่อนไขการชดเชย	- ตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยนอก ตามรายการ 22 รายการแนบท้ายประกาศฯ และพบการบันทึกค่าตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ - อัตราการจ่ายรายการ Lab 22 รายการที่กำหนด อัตราจ่ายตามราคา FS	➢ อัตราจ่ายรายการตรวจ LAB แบบชุดบริการตามราคา FS 1.Electrolyte (Na, K, Cl, CO2) 2.Liver Function Test 3.Lipid Profile (Cholesterol, HDL-Chol, LDL-chol, TG)
อัตราการจ่าย	ตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรม KTP	คงเดิม

2.บริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย		
หัวข้อ	เดิม ปี 2568	(เปลี่ยนแปลง) ปีงบประมาณ 2568 (แก้ไขเพิ่มเติมใช้ในปี 2568) และต่อเนื่องในปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ) (DIS) - ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า และ มีใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแล - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	- สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ - ผ่านการพิจารณาจากสภาเทคนิคการแพทย์ - ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพ H46 : Lab Anywhere	➤ ปรับเพิ่มหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คณะเทคนิคการแพทย์ สังกัดมหาวิทยาลัยภาครัฐ และสถานพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทยที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
ขอบเขตการให้บริการ	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคเรื้อรังรายเก่า ที่ไม่สามารถมารับบริการที่ รพ. ได้ - ผู้รับบริการประสงค์ขอรับบริการที่บ้านหรือที่พักอาศัย เก็บสิ่งส่งตรวจ ณ ที่พำนัก (@HOME) **ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ และประสงค์ขอรับบริการ ณ ที่พำนัก เช่น - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียง - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ - ผู้ป่วยชราหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ กรณีที่มีความจำเป็น	คงเดิม
อัตราการจ่าย	- ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้าน 80 บาท/ครั้ง - ตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยนอก ตามรายการ 22 รายการ จ่ายตามประกาศ FS	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรม KTB	คงเดิม

3.บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ PP

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	(เปลี่ยนแปลง) ปีงบประมาณ 2568 (แก้ไขเพิ่มเติมใช้ในปี 2568) และต่อเนื่องในปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนคนไทย ทุกสิทธิ ตามประกาศ PP - การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
คุณสมบัติของ หน่วยบริการ	- สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ - ผ่านการพิจารณาจากสภาเทคนิคการแพทย์ - ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพ H46 : Lab Anywhere	➤ ปรับเพิ่มหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คณะเทคนิคการแพทย์ สังกัดมหาวิทยาลัยภาครัฐ และสถานพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทยที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
ขอบเขตการ ให้บริการ	- บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง (Pregnancy test) - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) - บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ (OV-RDT) (ตามประกาศ PP)	➤ ปรับเพิ่มรายการ PPFS จำนวน 4 รายการ ได้แก่ - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV self-sampling) - บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี - บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี - บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา
อัตราค่าจ่าย	จ่ายตามรายการที่กำหนดในประกาศฯ PPFS	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรม KTB	คงเดิม

บริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่ง ต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

7 การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมการด้านกายภาพบำบัด
พ.ศ. ๒๕๖๗ เริ่มใช้วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566



ประกาศนวัตกรรมการ
กายภาพ



สภากายภาพ IMC

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกเป็นการให้บริการกายภาพบำบัด
ในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือเป็นการให้บริการนอกหน่วยบริการ

การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ) (DIS) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต (IMC) 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4) ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปกระดูกสะโพกหักชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	- เป็นหน่วยบริการ สังกัด สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ/เอกชน/สภาวิชาชีพไทย ที่เป็นสถานบริการไม่รับผู้ป่วยค้างคืน - ขึ้นทะเบียนประเภท หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด	
ขอบเขตการให้บริการ	- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก - เป็นการให้บริการกายภาพบำบัดในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือเป็นการให้บริการนอกหน่วยบริการ	
เงื่อนไขการชดเชย	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก **ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด - ผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย - กรณีการให้บริการกายภาพบำบัดตาม กายภาพบำบัด และ Add on ที่บ้าน ร่วมกันหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้ง การให้บริการต่อเนื่องกันไม่เกิน 20 ครั้งภายใน 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต - หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนในโปรแกรม Disability Portal	
อัตราการจ่าย	- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับกายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง) อัตราจ่าย 450 บาทต่อครั้ง - จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นวิกฤต อัตราจ่าย 200 บาทต่อครั้ง	
โปรแกรม	Disability Portal	

บริการสำหรับนวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

8

การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนวัตกรรมการแพทย์แผนไทย

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมการแพทย์แผนไทย
พ.ศ. ๒๕๖๗ เริ่มใช้วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567



ประกาศนวัตกรรมการ
แพทย์แผนไทย

บริการนวด บริการประคบ บริการอบสมุนไพร

การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย		
หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Ucs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ) (DIS) 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและบริการด้วยหัตถการที่มีรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต 3) การฟื้นฟูมารดาหลังคลอด 4) คนพิการ + มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	- เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (เป็นหน่วยคลินิกเอกชน) - ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย	
ขอบเขตการให้บริการ	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการภายในหน่วยบริการ (เป็นการให้บริการในจังหวัดที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด) - การให้บริการตามข้อ 1 หากผู้รับบริการเป็นคนพิการ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ สามารถให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยหรือในสถานที่รับดูแลคนพิการได้ (ทั้งนี้การให้บริการนอกที่ตั้งหน่วยบริการต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ครอบคลุมรายการบริการ: นวด อบ ประคบ	
เงื่อนไขการชดเชย	- จ่ายแบบเหมาจ่ายสำหรับบริการ นวด อบ ประคบ ในอัตรา 200 บาท/ครั้งบริการ - บุคลากรผู้ที่สามารถตรวจวินิจฉัย สั่งการรักษา และจัดบริการนวด ประคบ อบสมุนไพร จะต้องเป็นบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพ - วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ - วิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย หรือ ประเภทผดุงครรภ์ไทย ประกอบวิชาชีพเฉพาะสาขาประเภทของตน หรือ ประเภทการนวดไทย ทำการประกอบวิชาชีพเฉพาะสาขาประเภทของตน อ้างอิงประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง แนวทางการจัดบริการบริการนวดกรรมด้านการแพทย์แผนไทย วันที่ 26 มีค 2568)	
อัตราการจ่าย	- การรักษาผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต/สันนิบาต และให้บริการผู้พิการที่บ้านหรือที่พักรักษาหรือสถานที่รับดูแลคนพิการ จ่ายอัตรา 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง /สัปดาห์ - การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด จ่ายอัตรา 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือนหลังคลอด	
โปรแกรม	โปรแกรม AMED care	

บริการสำหรับหน่วยบริการ ที่รับส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการทันตกรรมด้านทันตกรรม
พ.ศ. ๒๕๖๗ เริ่มใช้วันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2566



ประกาศฯ
ทันตกรรม
ทันตกรรม

1. ค่าบริการในหน่วยบริการ
2. ค่าบริการโดยรถทันตกรรมเคลื่อนที่
 - 2.1 การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ผู้ต้องขังในเรือนจำ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ
 - 2.2 การให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่สำนักงานกำหนด

1. บริการในหน่วยบริการ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์	เป็นการจ่ายค่าบริการทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับรายการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UCs) , ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ ; D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	- เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน - ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม	
รายการ	1) ตรวจสุขภาพช่องปาก และ วางแผนการรักษาและหรือ X-ray (ถ้ามี) 2) เคลือบหลุมร่องฟัน 3) เคลือบฟลูออไรด์ 4) ขูดหินน้ำลายทั้งปาก 5) อุดฟัน 6) ถอนฟัน	
เงื่อนไขการชดเชย	- ครั้งที่ 1 : รายการที่ 1 + รายการที่ (2-6 อย่างน้อย 1 รายการ) - ครั้งที่ 2-3 : รายการที่ 2 - 6 อย่างน้อยครั้งละ 1 รายการ	
อัตราการจ่าย	บริการทันตกรรมในหน่วยบริการครั้งละ 700 บาท ต่อครั้งบริการ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี	
โปรแกรม	เบิกจ่ายผ่าน โปรแกรม KTB /บันทึกบริการผ่าน Dent cloud	

2. บริการโดยรถทันตกรรมเคลื่อนที่ กรณีให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ต้องขังในเรือนจำ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์	ให้บริการผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	•สิทธิ UCs (เฉพาะสิทธิย่อยผู้ต้องขัง เยาวชนสถานพินิจ) + การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	
คุณสมบัติของ หน่วยบริการ	1. เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 2. หน่วยบริการที่ให้บริการต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม	
รายการ	1) ตรวจสุขภาพช่องปาก และ วางแผนการรักษาและหรือ X-ray (ถ้ามี) 2) เคลือบหลุมร่องฟัน 3) เคลือบฟลูออไรด์ 4) ขูดหินน้ำลายทั้งปาก 5) อุดฟัน 6) ถอนฟัน	
เงื่อนไขการ ชดเชย	1) บันทึกบริการ ครั้งที่ 1 : รายการที่ 1 + รายการที่ (2-6 อย่างน้อย 1 รายการ) ครั้งที่ 2 : รายการที่ 2 - 6 อย่างน้อย ครั้งละ 1 รายการ 2) บริการตามแผนการให้บริการที่แจ้งไปยัง สปสช เขต และแจ้งขออนุญาต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
อัตราการจ่าย	บริการทันตกรรม ครั้งละ 500 บาท ต่อครั้งบริการ ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี	
โปรแกรม	เบิกจ่ายผ่าน โปรแกรม KTB /บันทึกบริการผ่าน Dent cloud	

ขั้นตอนการดำเนินการแผนการให้บริการ D11

กรณีผู้รับบริการที่ผู้ต้องขังในเรือนจำ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน



3. บริการโดยรถทันตกรรมเคลื่อนที่ การให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่สำนักงานกำหนด

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์	เงื่อนไขการให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่สำนักงานกำหนด	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	- สิทธิ UCs และผู้ประกันตนคนพิการ (D1) - มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	
คุณสมบัติของหน่วยบริการ	1. เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 2. หน่วยบริการที่ให้บริการต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม	
รายการ	1) ตรวจสุขภาพช่องปาก และ วางแผนการรักษาและหรือ X-ray (ถ้ามี) 2) เคลือบหลุมร่องฟัน 3) เคลือบฟลูออไรด์ 4) ขูดหินน้ำลายทั้งปาก 5) อุดฟัน 6) ถอนฟัน	
เงื่อนไขการชดเชย	1) บันทึกบริการ ครั้งที่ 1 : รายการที่ 1 + รายการที่ (2-6 อย่างน้อย 1 รายการ) ครั้งที่ 2 : รายการที่ 2 - 6 อย่างน้อยครั้งละ 1 รายการ 2) บริการตามแผนการให้บริการ (รายละเอียดหน้าถัดไป)	
อัตราการจ่าย	บริการทันตกรรม ครั้งละ 500 บาท ต่อครั้งบริการ ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี	
โปรแกรม	เบิกจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /บันทึกบริการผ่าน Dent cloud	

ขั้นตอนการดำเนินการแผนการให้บริการ D20

กรณี การให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่สำนักงานกำหนด



1. สปสช.เขต จัดทำข้อมูล / สํารวจกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยสปสช.เขต พิจารณาในพื้นที่ที่ประชาชนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ หรือเป็นพื้นที่ที่กลุ่มเปราะบางพํานักอยู่
2. สปสช.เขต ร่วมกับ สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จัดทำแผนการให้บริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
3. สปสช.เขต ประกาศและเชิญชวนหน่วยบริการที่มีศักยภาพมาร่วมจัดบริการ
4. สปสช.เขต แจ้งหน่วยบริการเพื่อจัดบริการในพื้นที่ที่ สปสช.เขตกำหนด โดยแจ้งรายการ ดังนี้ พื้นที่ที่ให้บริการ กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา
5. หน่วยบริการตอบรับการเข้าร่วมจัดบริการ และดําเนินตามกระบวนการที่ 2



ขั้นตอนที่ 1
หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งแผนการบริการ

ขั้นตอนที่ 2
ตรวจสอบแผนบริการและตอบกลับการรับแจ้งแผนแก่หน่วยบริการ

- ขั้นตอนที่ 3**
- 1.หน่วยบริการบันทึกแผนการออกตรวจ และหนังสืออนุมัติแผนบริการในโปรแกรม KTB
 - 2.ให้บริการตามแผน

การจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2569

สิทธิ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1. สิทธิประกันสังคม	1.การรักษาโรคมะเร็งตามทุกกรณี เปลี่ยนช่องทางการส่งข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 19 กพ.2568 เป็นต้นไป 2.การรักษาโรคมะเร็งสิทธิประกันสังคม ที่บันทึกรหัสโรคหลัก (ICD-10) ขึ้นต้นด้วยรหัส C ได้แก่ รายการยาเคมีบำบัด ฮอว์โมน รังสีรักษา และรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เปลี่ยนช่องทางการส่งข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป
2. สิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	กรมบัญชีกลาง จะขยายโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : - ระยะแรก (กันยายน – ธันวาคม 2568) ขยายโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 500 แห่ง , สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 แห่ง โดยเริ่มรับข้อมูลจาก รพ.สต.วันที่ 1 ต.ค. 2568 - ระยะต่อไป ปีงบประมาณ 2569 มีการขยายเพิ่มเติม และภายในปีงบประมาณ 2570 จะขยายโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. ทั่วประเทศ หลักเกณฑ์การเบิกจ่าย : ตามหลักเกณฑ์กรมบัญชีกลาง โปรแกรมการส่งเบิก : โปรแกรม e-claim การยืนยันตัวตน : รพ.สต.520 แห่งแรก ใช้เครื่อง EDC ของ KTB หน่วยที่เหลือจะใช้ระบบปิดสิทธิของ สปสช.

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2569

สิทธิ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
3. สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ(ปิดสิทธิ) ผู้มีสิทธิ อปท. หากเข้ารับบริการในสถานพยาบาล จะต้องมีการการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ(ปิดสิทธิ) จะเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2569 (จะแจ้งอีกครั้งหนึ่ง)
	2. กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Case) อยู่ระหว่างการดำเนินการ - บันทึกผ่านโปรแกรม Elective Case ของ สปสช. เฉพาะสถานพยาบาลที่ทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง และแจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการ Elective Case สิทธิ อปท. - จ่ายชดเชยตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ (Base Rate * Adj.rw) โดยกำหนด Base Rate ตามประกาศกรมบัญชีกลาง และจ่ายเพิ่มเติมค่าห้องค่าอาหาร/อุปกรณ์อวัยวะเทียม - รายการบริการผ่าตัด/หัตถการต่างๆ เป็นไปตามที่แต่ละสถานพยาบาล ทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง และแจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการ Elective Case สิทธิ อปท.

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2569

สิทธิ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
4. สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย	เริ่มให้บริการเบิกจ่ายตรงสิทธิการรถไฟแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2569 โดย - กรณีผู้ป่วยนอก รับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2569 - กรณีผู้ป่วยใน จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2569 เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขอ้างอิงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง ยกเว้น กรณีค่าห้อง ค่าอาหารจ่ายตามประกาศการรถไฟฯ - พนักงานการรถไฟฯ จ่ายตามจริง ไม่เกินวันละ 1,500 บาท - บุคคลในครอบครัวของพนักงาน จ่ายตามจริง ไม่เกินวันละ 1,100 บาท - ลูกจ้างเฉพาะงาน และบุคคลในครอบครัว จ่ายตามจริง ไม่เกินวันละ 1,000 บาท หมายเหตุ : อัตราที่การรถไฟกำหนด - อดีตพนักงานและครอบครัว จ่ายตามจริงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : หน่วยงานเจ้าของสิทธิโอนเงินให้สถานพยาบาล

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

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

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
อปท.	-สถานพยาบาลของรัฐ -รพสต.ที่เข้าระบบเบิกจ่ายตรง -รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่ กำหนด	สปสช.

3. รับฝากงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

- ❖ สิทธิข้าราชการ
- ❖ สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- ❖ สิทธิกรุงเทพมหานคร
- ❖ สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ❖ สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- ❖ สิทธิองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
- ❖ สิทธิพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย (NEW)

2. สิทธิประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

3. ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด

- ❖ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (เลือกใช้สิทธิ UC)

โปรแกรมที่ใช้ในการเบิกจ่าย

กรณี	โปรแกรม
1. ตรวจสอบสิทธิ และการขอเลขอนุมัติ	- ระบบลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(SRM) - ระบบขอเลขอนุมัติเบิกจ่ายตรง(สำหรับกองทุนอื่น)
2. การจัดทำบัญชีรายการยา	โปรแกรม Drug Catalog
3. การจัดทำบัญชีรายการยาLAB	โปรแกรม LAB Catalog(เฉพาะ BKK,OFC)
4. ขออนุมัติใช้ยาราคาแพง	โปรแกรม PA เฉพาะสิทธิ อปท./ข้าราชการ/กทม/สปสช. (ยาที่ค่าใช้จ่ายสูงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบก่อน)
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.สธ.)
8. เบิกใบเสร็จ สิทธิอปท.	ระบบบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยใบเสร็จ สิทธิอปท.

ระบบลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบก่อนอนุมัติการเบิกจ่าย สำหรับยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

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

ช่องทางการติดต่อ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป

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

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

เบอร์ : 080-0801651 , 080-0801615

ที่อยู่ : สำนักตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เลขที่ 1025 อาคารยาคุลท์

ชั้น 2 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กทม.10400

การตรวจสอบการโอนเงิน

อปท./ สปสช./
ผู้ประกันตนคนพิการ

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

ข้าราชการ
กรมบัญชีกลาง

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

ข้าราชการ
กรุงเทพมหานคร

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

ประกันสังคม

- สำนักงานประกันสังคม
- โทรศัพท์ 02 956 2291

ขสมก.

- สำนักบัญชีและกองทุนกลาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
- โทรศัพท์ 02 246 0339 ต่อ 1310

สพฉ.

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
- 091 576 1877

หลักเกณฑ์เงื่อนไขตามระเบียบของ
กระทรวงการคลัง สิทธิ อปท./ข้าราชการ/
กทม/ขสมก/สพฉ/สปสช./รฟท.



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ไม่มีเปลี่ยนแปลงจากปี 2568

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการรักษากรณีผู้ป่วยในทั่วไปทุกกรณี 2. กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ปรับลดตามกลุ่ม CCUF และจ่าย Add on ค่ายามะเร็งตามที่ สถานพยาบาลบันทึกเบิก 3. รายการจ่าย Add on (ตามประกาศกรมบัญชีกลาง) 3.1 ค่าห้องค่าอาหาร/อวัยวะเทียม จ่ายตามรหัส และไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด 3.2 ค่ายาตามรายการที่กำหนด จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ยกเว้นยาบางรายการที่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด เช่น ยาราคาแพงที่ต้องขออนุมัติก่อนการจ่ายยา 3.3 ค่ารถ Refer <u>*เฉพาะสิทธิ ขสมก.*</u> ค่าห้องและค่าอาหาร บันทึกรหัส 90010 ผู้มีสิทธิ(สิทธิตัวเอง) วันละ 1,200 บาท /บันทึกรหัส 90020 บุคคลในครอบครัว วันละ 800 บาท <u>*เฉพาะสิทธิ รพท.*</u> ค่าห้องและค่าอาหาร ตามอัตราที่ รพท.กำหนด (อยู่ระหว่างจัดทำเงื่อนไข)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตาม DRGs V.6.3.4 (Base Rate ของแต่ละสถานพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	สิทธิ อปท. จ่ายตาม REP (จ พ ศ) สิทธิ สพฉ./สิทธิ จนท. สปสช ออก STM ทุกวันที่ 20 ไม่ต้องทำใบคำขอเบิก	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่ ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีผู้ป่วยนอก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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 ขออนุมัติก่อนการใช้จ่าย ตามรายการที่ประกาศ ตรวจสอบรหัสโรคที่กำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	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./รพท. 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./รพท.

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน

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

สิทธิ ปกส. 2 ปี นับจากวันบริการ

สิทธิ อปท.

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน สิทธิ อปท.

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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีกลุ่มยาที่ต้อง ขออนุมัติก่อนการ ใช้ยา	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. ทั้ง OP และ IP 2. กลุ่มยาที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา ได้แก่ - ยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) - ยารักษาโรคมะเร็ง (RDPA) - ยารักษาโรคสะกดเจ็บ (DDPA) - ยาในผู้ป่วยภาวะม่านตาอักเสบ (Uveitis) - ยารักษาโรคในกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease : IBD) - กลุ่มโรคชีวโมเลกุลชีวภัณฑ์ ออฟติกา (biologic Agents) - กลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (NITP) 3. ตรวจสอบรหัส ICD10 แต่ละโรค ตามประกาศกรมบัญชีกลาง 4. กรณีไม่มีเลข PA หรือเลข PA ไม่ตรง ติด C474 <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก. : กรณียาราคาแพงให้สำรองจ่าย และเบิกต้นสังกัดเท่านั้น</u>	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	OP จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หรือตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด IP จ่าย on top ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หรือตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีการพักรอ จำหน่าย	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. IP 2. กรณีผู้ป่วยในต้องทำการจำหน่ายผู้ป่วยก่อน และขอเลขอนุมัติใหม่ 3. Project code HOSPIC	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหมาจ่ายวันละ 400 บาท + ค่ายา + ค่าตรวจในหมวด 7,8,9	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีเจ็บป่วย จากการปฏิบัติ ราชการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. IP 2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ =INJDTO 3. ต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Free for service)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
รายการอุปกรณ์ และอวัยวะ เทียม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. OP และ IP 2. ตรวจสอบรหัส ICD9 ตามข้อบ่งชี้อุปกรณ์ รายละเอียดตามไฟล์แนบ กรณีการเบิกอุปกรณ์ไม่ตรงตาม ICD9 ที่กำหนด ติด Deny I04 3. ตรวจสอบจำนวนขึ้นจ่าย ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด กรณีเบิกเกินจำนวนขึ้นที่ กำหนด ติด Deny I05	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามรหัส และราคาตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 484 ลว 21 ธันวาคม 2560 ว 1207 ลว 28 กันยายน 2565 ว 751 ลว 28 พฤศจิกายน 2567	
หมายเหตุ	หากรับบริการตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป ใช้อัตราตาม ว 751 ลว 28 พฤศจิกายน 2567		

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณี ผู้ประสบภัยจาก รถ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. OP และ IP 2. สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อน ตามจำนวนเงินที่ใช้จริงและไม่เกินวงเงินที่ พรบ.คุ้มครอง <u>เฉพาะสิทธิ ขสมก.</u> ตามข้อตกลงของ ขสมก. กรณีการเบิกใช้สิทธิเบิกค่ารักษากรณีมีประกัน /พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกที่หน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากตามข้อตกลง ขสมก. ต้องตรวจสอบก่อนจ่ายกรณีอุบัติเหตุแบบมีคู่กรณี (ให้เบิกด้วยใบเสร็จ ไม่ให้เบิกจ่ายตรง)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	บันทึกจำนวนเงินที่เบิก จาก พรบ. ในช่อง พรบ. หน้าค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรม e-Claim	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 82 ลว 25 สิงหาคม 2543	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีเด็กแรกเกิด	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. ทั้ง OP และ IP 2. ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client โดยใช้ - กรณีเด็กยังไม่มีเลขบัตรประชาชน ให้ใช้เลขบัตรของบิดา หรือมารดา (เลขบัตรของผู้มีสิทธิ) และ HN ของเด็ก - กรณีเด็กมีเลขบัตรประชาชนแล้ว ใช้ PID HN ของเด็ก 3. บันทึกรหัสโครงการพิเศษโครงการพิเศษ = Z38000 4. ตรวจสอบ อายุ 0-28 วัน 5. แยกเบิกจากแม่	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามหลักเกณฑ์ผู้ป่วยใน (จ่ายตาม DRGs x Base Rate ของสถานพยาบาล)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 327 ลว 13 กันยายน 2556	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การตรวจ สุขภาพประจำปี	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. รับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 2. เบิกจ่ายตรงได้เฉพาะสิทธิ อปท. เท่านั้น (สิทธิอื่นเบิกจ่ายตรงไม่ได้)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./สพฉ./จนท สปสช./รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 177 ลว 24 พฤศจิกายน 2549	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ค่าพาหนะส่งต่อ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. คำนวณระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทางตามระยะทางกรรมทางหลวง (ตามสิทธิ UC) 2. ปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) 3. จ่าย Ontop = 500+ อัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) $\times 2 \times 4$	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่าย Ontop DRGs	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 76 ลว 29 กุมภาพันธ์ 2555	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การปลูกถ่าย อวัยวะจากผู้ บริจาคที่ เสียชีวิต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. ปลูกถ่ายได้เฉพาะกรณีไต ตับ ตับอ่อน ปอด และหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนกระเจกตา เท่านั้น 2. เบิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง เท่านั้น 3. การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูล ให้เบิกค่าใช้จ่ายค่าเตรียม และผ่าตัดนำอวัยวะออกจากจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต พร้อมกับผู้รับบริจาค โดยบันทึกใน หมวดยการอุปการณ 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. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน (DRGs)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง	ว 12 ลว 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การปลูกถ่าย อวัยวะจากผู้ บริจาคที่ยังมี ชีวิต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เบิกได้ในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น 2. กรณีผู้บริจาคเป็นสิทธิอื่น ให้แยกเบิกค่าใช้จ่าย โดยบันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD ในโปรแกรม e-Claim 3. การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการผ่าตัดอวัยวะ ออกจากผู้บริจาคเป็น การผ่าตัดโดยการใช้อัลตร้าซาวด์ ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และ ใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยอัลตร้าซาวด์” (รหัส 5601) อีก 4. จ่ายค่าห้องตามเงื่อนไขปกติ 5. บันทึกรหัสโรค หักถดถอยตามที่กำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน(DRGs)/ผู้ป่วยนอกทั่วไป	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 12 ลว 6 มกราคม 2566	

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไขเดิม 2568	เงื่อนไขใหม่ 2569
การเบิกส่วนต่าง กรณีเป็นผู้มีสิทธิ ประกันสังคม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กรณีค่ารักษาส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม ให้เบิกส่วนต่างเฉพาะกรณี ได้แก่ 1. คลอดบุตร เบิกส่วนเกิน 15,000 บาท (ผ่านระบบเบิกจ่ายตรง) 2. ค่าล้างไต (ส่วนเกิน 1,500 บาท) - สิทธิ กทม. รพ.เอกชน เบิกได้เฉพาะ OP และ รพ.ที่ทำสัญญา กับ กทม. - สิทธิ ขสมก.เบิกได้เฉพาะ รพ.รัฐ ผ่านระบบเบิกจ่ายตรง สปสช - สิทธิข้าราชการส่งเบิกผ่านโปรแกรม สกส. 3. การเบิก vascular access เบิกได้ตามอัตราที่ประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ 3 พ.ย.66 4. ทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี (เบิกด้วยใบเสร็จกับต้นสังกัด)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. คลอดบุตร จ่ายตามระบบ DRGs (จ่ายตามที่คำนวณ DRG และหักจากส่วนที่เบิกจากสิทธิอื่นออกก่อนจ่ายชดเชย) 2. ค่าล้างไต จ่ายเฉพาะส่วนต่างค่าฟอกเลือดล้างไตครั้งละ 500 บาท รายการอื่นๆ ไม่จ่าย 3. vascular access เบิกได้ตามอัตราที่ประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ 3 พ.ย.66 ตามหลักเกณฑ์ และอัตราจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต 4.ค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี เบิกด้วยใบเสร็จกับต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim , DMIS HD	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 83 ลว 20 มีนาคม 2550 , ว 402 ลว 19 พฤศจิกายน 2550 , ว 277 ลว 14 สิงหาคม 2552	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีไตวาย เฉียบพลัน (Acute renal failure)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	สิทธิ อปท./สิทธิ กทม./สิทธิ ขสมก. เบิกผ่านโปรแกรม DMIS HD สิทธิข้าราชการ เบิกผ่านโปรแกรมของ สกส.	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเงื่อนไขการจ่ายประเภทผู้ป่วยใน (DRGs) <u>ยกเว้น</u> กรณีที่ได้รับผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 35 วัน ให้เบิกค่าฟอกเลือดแยกจาก DRGs โดยให้แยกเบิกในโปรแกรมที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS HD	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีนอนนาน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บันทึกลับึกเป็นผู้ป่วยใน 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. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG * Base Rate	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิง ประกาศ	ว 182 ลว 29 เมษายน 2559	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การนัดผ่าตัด ล่วงหน้า (Elective case)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บันทึกเบิกเป็น ผู้ป่วยในเท่านั้น 2. เป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานครเท่านั้น 3. ประเภทบริการ (หัตถการ) ตามที่ระบุในสัญญา 4. บันทึกในโปรแกรม Elective case	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	กทม./อปท.	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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีไตวายเรื้อรัง (Chronic disease)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. กรณีที่ผู้มีสิทธิเป็นสิทธิประกันสังคมตนเอง และอาศัยสิทธิจากสิทธิข้าราชการ/สิทธิ อปท./กทม.ให้สามารถเบิกส่วนต่างค่าฟอกเลือดได้ 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. /รพท.	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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณี Robotic surgery	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามกรณีผู้ป่วยในปกติ จ่ายค่าอุปกรณ์ Ontop DRG ตามเงื่อนไขที่กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 370 ลว 26 มิถุนายน 2567	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้ป่วยกลุ่มโรคจอประสาทตาเสื่อมที่จำเป็นต้องฉีดยาเข้าวุ้นตา  Adobe Acrobat Document	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีผลบังคับใช้สำหรับวันรับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 เป็นต้นไป (ว 681 ลว 10พย.66) 2. จัดทำบัญชีรายการยาผ่านระบบ Drug Catalogue โดยราคาต้องไม่เกินราคากลางที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. ส่งรายชื่อแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไข ตามแนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายา เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของสถานพยาบาล 4. ระบุรหัสโรค/หัตถการ/ข้อบ่งชี้ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	อปท./ข้าราชการ/กทม./ขสมก./สพฉ./จนท สปสช. /รพท.	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรงของแต่ละสิทธิ ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม
	อ้างอิงประกาศ	ว 681 ลว 10 พฤศจิกายน 2566	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การฉีดวัคซีน ใช้ขวดใหญ่ขนาด สูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 2 และระยะที่ 2 (เพิ่มเติม) (เฉพาะ สิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เบิกเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุรกรรมอื่นได้ 2. สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนใช้ขวดใหญ่ ได้ไม่เกินจำนวนโดสที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. สถานพยาบาลที่ให้บริการ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 4. ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ที่มีอายุ ≥ 65 ปี 5. เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด 6. ระยะที่ 2 รับบริการ วันที่ 7 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567 ระยะที่ 2 (เพิ่มเติม) รับบริการ วันที่ 11 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567	สิ้นสุด ระยะเวลาเข้า รับบริการ
	ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ	
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่กรมบัญชีกลางกำหนด	
	อัตราจ่าย	วัคซีนใช้ขวดใหญ่ รหัส TMT 1296325 อัตราโดสละ 1,100 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	
	โปรแกรม	E-Claim	
	อ้างอิงประกาศ	ว 600 ลว 4 ตุลาคม 2567 ว 615 ลว 11 ตุลาคม 2567	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การฉีดวัคซีน ใช้ขวดใหญ่ขนาด สูง (high dose) ประจำปี พ.ศ. 2567 ระยะที่ 1 และระยะที่ 1 (เพิ่มเติม) (เฉพาะ สิทธิ กบก)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เบิกเป็นกรณี OP เท่านั้น และเบิกร่วมกับธุรกรรมอื่นได้ 2. สถานพยาบาลส่งเบิกวัคซีนใช้ขวดใหญ่ 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	สิ้นสุด ระยะเวลาเข้า รับบริการ
	ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ	
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลที่กรมบัญชีกลางกำหนด	
	อัตราจ่าย	วัคซีนใช้ขวดใหญ่ รหัส TMT 1296325 อัตราโดสละ 1,130 บาท ค่าฉีด รหัส 55823 อัตรา เข็มละ 20 บาท	
	โปรแกรม	E-Claim	
	อ้างอิงประกาศ	ว 364 ลว 25 มิถุนายน 2567 ว 429 ลว 26 กรกฎาคม 2567	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข สิทธิประกันสังคม



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ขอบเขตการดำเนินงานจัดทำธุรกรรมการเบิกจ่าย สิทธิประกันสังคม

กรณี	กำหนดรับข้อมูลที่ให้บริการ	สปสช. เริ่มรับข้อมูล	หมายเหตุ
1) การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58	เปลี่ยนช่องทางการส่งข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 19 กพ.68 เป็นต้นไป (OP รับบริการ/IP วันที่ admin ตั้งแต่ 19 กพ.68)
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) การใช้ยาระเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค (Instrument)	1 ม.ค.58	1 ก.ค.58	
5) กรณีล้างไตทางช่องท้อง(Peritoneal Dialysis) และฟอกเลือด (Hemodislalysis) 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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การรักษา โรคมะเร็งอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 20 ชนิดตาม โปรโตคอล)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSi) 2. เป็นผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน 3. เป็นการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด ที่ต้องให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และ หรือยารักษาโรคมะเร็ง 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือ ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	เปลี่ยนช่องทางการ ส่งข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 19 กพ.68 เป็นต้นไป (OP รับบริการ/IP วันที่ admin ตั้งแต่ 19 กพ.68)
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	
	อัตราจ่าย	จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน) ทั้ง OP และ IP	
	โปรแกรม	E-Claim	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การรักษา โรคมะเร็ง 20 ชนิดตาม โปรโตคอลที่ กำหนด (Protocol)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL),โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งกระดูก ชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเด็ก 5. เป็นข้อมูลที่ได้รับบริการตั้งแต่ 11 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นไป	เปลี่ยนช่องทางการส่งข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 19 กพ.68 เป็นต้นไป (OP รับบริการ/IP วันที่ admin ตั้งแต่ 19 กพ.68)
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	
	อัตราจ่าย	จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศของสำนักงานประกันสังคม	
	โปรแกรม	E-Claim	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การรักษา โรคมะเร็ง 20 ชนิดนอก โปรโตคอลที่ กำหนด (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 , โรคมะเร็งปาก มดลูก , โรคมะเร็งรังไข่ , โรคมะเร็งมดลูก,โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก , โรคมะเร็งปอด , โรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย , โรคมะเร็งหลอดอาหาร , โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ,โรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ , โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก,โรคมะเร็งกะเพาะอาหาร,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิม ฟอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอี ลอยด์ในผู้ใหญ่, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL),โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอี โลมาในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งกระดูก ชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่,โรคมะเร็งเด็ก 5. เป็นข้อมูลที่รับบริการตั้งแต่ 11 กรกฎาคม 2560 เป็นต้นไป	เปลี่ยนช่องทางการส่ง ข้อมูลไปยัง สกส. ตั้งแต่ 19 กพ.68 เป็นต้นไป (OP รับบริการ/IP วันที่ admin ตั้งแต่ 19 กพ.68)
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	
	อัตราจ่าย	จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน) ทั้ง OP และ IP	
	โปรแกรม	E-Claim	

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ใน การบำบัดรักษา โรค	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	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 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ จากเดิมชุดละ 200,000 บาท เป็น 180,000 บาท และไม่จำกัด รพ. แต่จะให้ รพ.ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนด และเก็บไว้ในเวชระเบียน 4. รหัส 4510 สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ 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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กรณีไตวาย เฉียบพลัน ที่มี ระยะเวลาการ รักษาไม่เกิน 60 วัน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นโรคไตวายเฉียบพลัน และ ถ้าเป็นกรณี IPต้องมี Adj.RW < 2 2. มีสิทธิประกันสังคม (SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ (SSI) 3. มีการทำ Hemodialysis หรือ Peritoneal dialysis 4. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณี Hemodialysis จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท 2.กรณี Peritoneal dialysis จ่ายตามจริงแต่ไม่เกินวันละ 500 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ค่ายาในการ รักษาโรค Cryptococcal meningitis	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นค่ายาในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค 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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การรักษาโรค สมองด้วยวิธี STEREOTACTIC RADIOSURGERY	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 2. มีสิทธิประกันสังคม(SSS) ที่ไม่ใช่ ทุพพลภาพ(SSI) 3. จะต้องมีการขอขออนุมัติข้อใดข้อหนึ่ง 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 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือ ผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายไม่เกิน 50,000 บาทต่อครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ค่าทำหมัน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. มีการรับบริการทำหมันชาย หรือ ทำหมันหญิง 2. สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย 3. เป็นข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประกันสังคม	คงเดิม
	สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทุกแห่ง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. กรณี การทำหมันชาย จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท/ราย (ตลอดชีวิต) 2. กรณี การทำหมันหญิง จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
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	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่ เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา STEMI	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรค STEMI 2. จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รักษา (สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย) 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 เหมาะจ่ายครั้งละ 10,000 บาท 2. rt-PA หรือ TNK-tPA เหมาะจ่ายครั้งละ 50,000 บาท	คงเดิม
	โปรแกรม	E-Claim	คงเดิม

ช่องทางติดต่อสอบถาม

1

ติดต่อผ่าน สปสช.เขต 1- 13 ในพื้นที่

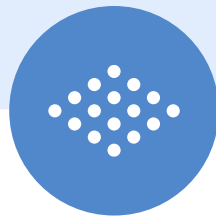
2

กรณีสอบถามการจ่ายชดเชย ติดต่อผ่าน Provider center : 1330 กด 5 กด 1

3

กรณีสอบถามโปรแกรม/web site ติดต่อผ่าน Provider center : 1330 กด 3





ขอขอบคุณค่ะ



“

การทำความคิด เป็นสุขเสมอ

แสงทอง

”

๐ ๒

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์