สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๗๐



คุณสุวิมล มีชิน

ตำแหน่ง นักบริหารงาน
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บริการผู้ป่วยใน

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายฯ ปีงบประมาณ 2570

ที่มีการเปลี่ยนแปลง

ประกาศ !! หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ฉบับใหม่ ปีงบประมาณ 2570

1.ประกาศฯ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 พ.ศ.2569

2. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 ***เพิ่มข้อความ*** บังคับใช้ 1 เมษายน 2569

3. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับ 4) พ.ศ. 2569 มีผลบังคับใช้วันที่ 16 กันยายน 2569

4.ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 5) พ.ศ 2569 บังคับใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2569 **เว้นแต่ 2 กรณี**

- **เพิ่ม**ประเภทชุดอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเออร์ติกผ่านทางสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI) ให้บังคับใช้ 1 พฤศจิกายน 2569
- **เพิ่ม/ยกเลิกข้อความ** รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ รายการตามประกาศฯ ให้บังคับใช้ 1 มกราคม 2570

5. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2569 บังคับใช้ 16 กันยายน 2569

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบริการผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2570

ประเภทบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570 ประกอบด้วย 23 รายการ

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
1.บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ	✅	1. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ.2567
2. บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว	❌	
3. บริการกรณีเด็กแรกเกิด • เด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม • เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง • บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN)	✅	
4.บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)	✅	
5. บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	✅	

บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
6.บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการติดต่อกันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 270 วันนับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (Split admit)	✅	1.ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2569 (NEW)
7.บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS	✅	ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. 2567 ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก (ฉบับ 2)พ.ศ. 2568
8.บริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS (กรณีโรคอ้วน ต้อง Pre-authorization ทุกราย)	✅	
9. บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ	✅	ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ พ.ศ. 2568
10. บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)	✅	ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พ.ศ. 2568
11. บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต	✅	ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต พ.ศ. 2566

บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
12. บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)	❌	1. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. 2567
13.บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) หลักเกณฑ์การจ่ายคงเดิม มีการปรับรายการอุปกรณ์ รายละเอียดตามประกาศใหม่	✅	1. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568 2. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับ 2) พ.ศ. 2568 3. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับ 3) พ.ศ. 2568 4. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับ 4) พ.ศ. 2569 5. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 5) พ.ศ 2569 (NEW)
14. บริการกรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instruments) - อุปกรณ์คนพิการ	❌	

บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
15.บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (CPAP)	✗	1. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับ2) พ.ศ. 2567
16. บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG/PCI)	✓	1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับ 4) พ.ศ. 2569 (NEW)
17. บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 1. Hinge knee ปรับเพิ่มข้อบ่งชี้ 2. TKA	✓	1. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. 2566 2. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับ 2)พ.ศ. 2567
18. บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลแผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า	✗	

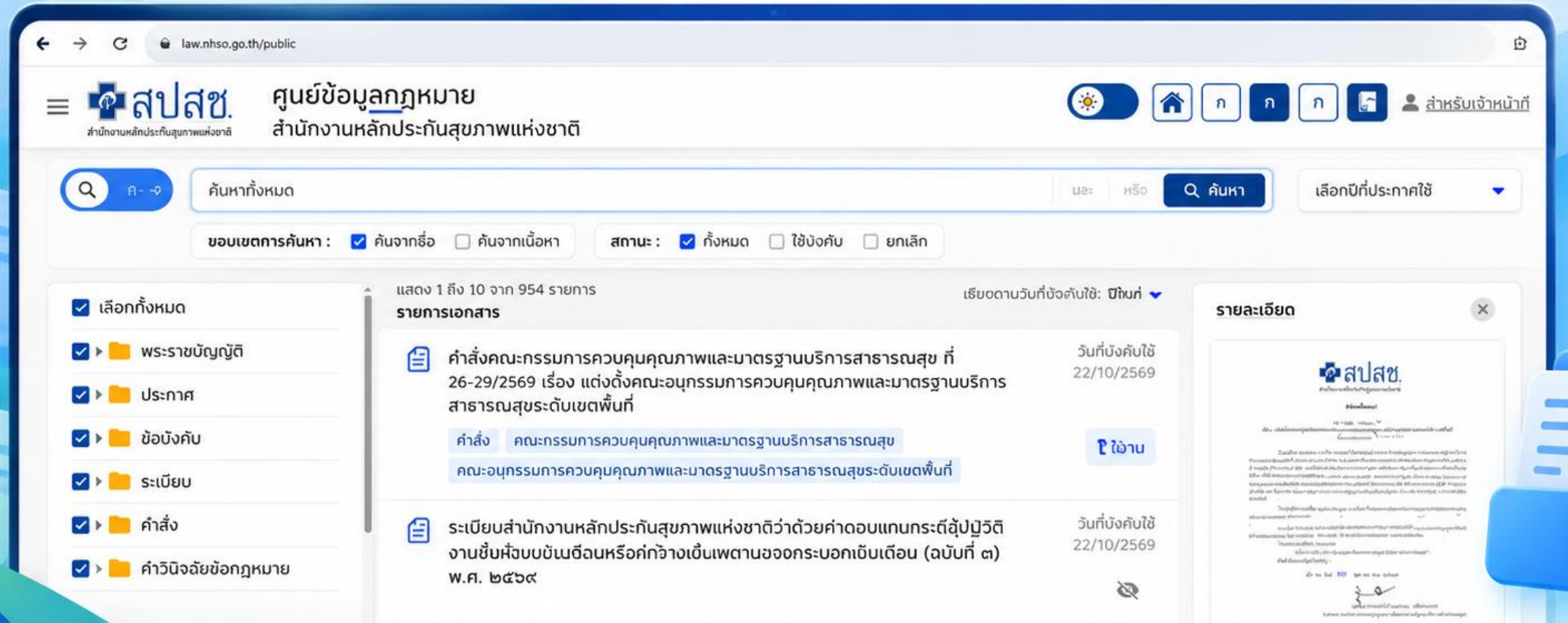
บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
19. บริการใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal MembraneOxygenator : ECMO)	✅	3. ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับ 3) พ.ศ. 2567
20.บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข ปัจจุบัน คงเดิม อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ	❌	
21. บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม	❌	
22. บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	✅	ประกาศฯ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 พ.ศ.2569
23. บริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ	✅	

ดาวน์โหลดเอกสารประกาศการจ่ายฯ ทั้งหมดได้ที่

https://law.nhso.go.th/public

● ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สรุปกองทุน/บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

จำนวนกองทุนย่อย การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ และรายการที่คงเดิม





ผู้ป่วยในทั้งหมด 23 กองทุนย่อย = **มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์/เงื่อนไข 15 กองทุนย่อย** (คิดเป็น 65.2%) + **คงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 8 กองทุนย่อย** (คิดเป็น 34.8%)

กองทุนย่อยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์/เงื่อนไข ปี 2570 — จำนวน 15 กองทุนย่อย

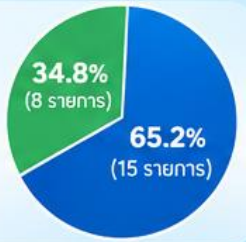
1	บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ	มีการเปลี่ยนแปลง
2	บริการกรณีเด็กแรกเกิด (รวม PPHN และเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม)	มีการเปลี่ยนแปลง
3	บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี (เฉพาะเขต 13 กทม.)	มีการเปลี่ยนแปลง
4	บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	มีการเปลี่ยนแปลง
5	บริการแบบผู้ป่วยในต่อเนื่อง 270 วัน (Split Admit)	มีการเปลี่ยนแปลง
6	บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ODS)	มีการเปลี่ยนแปลง
7	บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (MIS) (กรณีโรคอ้วนต้อง Pre-authorization)	มีการเปลี่ยนแปลง
8	บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ (UCEP)	มีการเปลี่ยนแปลง
9	บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)	มีการเปลี่ยนแปลง
10	บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในภาวะวิกฤต	มีการเปลี่ยนแปลง
11	บริการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAG/PCI)	มีการเปลี่ยนแปลง
12	บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม	มีการเปลี่ยนแปลง
13	บริการเครื่องพยุงหัวใจและปอด (ECMO)	มีการเปลี่ยนแปลง
14	บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	มีการเปลี่ยนแปลง
15	บริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ	มีการเปลี่ยนแปลง

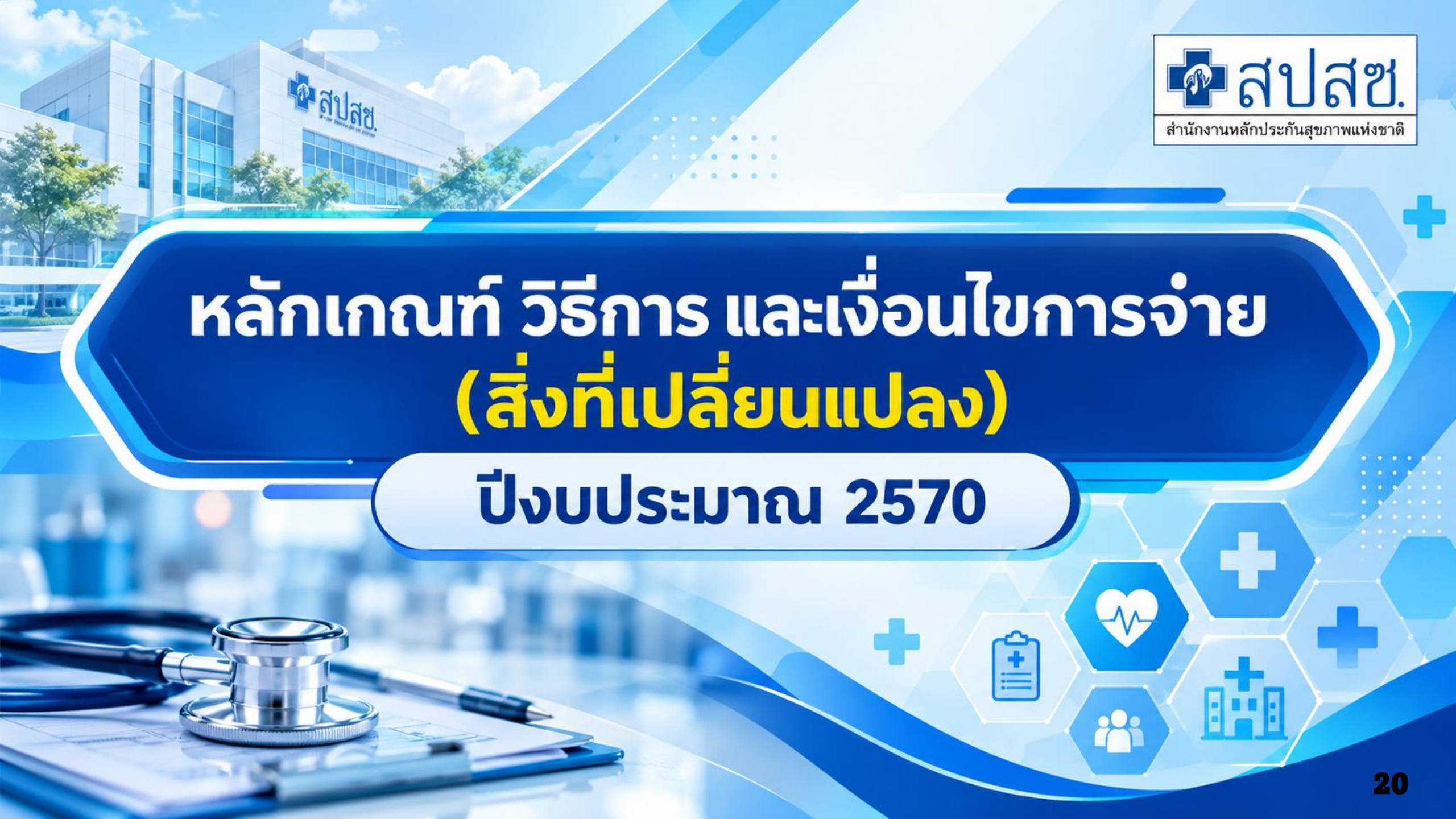
กองทุนย่อยที่คงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ ปี 2570 — จำนวน 8 กองทุนย่อย

1	บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่ว เพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว	คงเดิม
2	บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)	คงเดิม
3	บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (Instruments)	คงเดิม
4	บริการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ	คงเดิม
5	บริการเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก สำหรับผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (CPAP)	คงเดิม
6	บริการอุปกรณ์ป้องกันแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	คงเดิม
7	บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	คงเดิม
8	บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม	คงเดิม

สรุปสาระสำคัญ

- ผู้ป่วยในทั้งหมด **23 กองทุนย่อย**
- มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์/เงื่อนไข **15 กองทุนย่อย (65.2%)**
- คงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง **8 กองทุนย่อย (34.8%)**




สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย
(สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
ปีงบประมาณ 2570

1.การให้บริการผู้ป่วยใน (ในเขต/ข้ามเขต)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข		
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต	บริการนอกเขตพื้นที่
	ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย (sent date) ในแต่ละเดือน ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget	หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยสิทธิ UC/ PUC และ D1	
หน่วยบริการ	1.หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. 2. กลุ่ม UHOSNET และสังกัดรัฐอื่นเงินเดือน UHOSNET และหน่วยบริการเอกชน	
อัตราจ่าย	อัตราจ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW ด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 6 กรณีหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) ให้พิจารณาค่า K ประกอบด้วย หากฉบับใดได้จำนวนค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) มากกว่าจะจ่ายด้วยฉบับนั้นในทุกสังกัดและในภาพรวม กำหนดการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)ของบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยใช้ข้อมูลผลการบริการ ตามที่ สปสช. กำหนด	จ่ายที่อัตรา 10,000 บาท/(AdjRW) สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรง สำหรับหน่วยบริการของรัฐ
โปรแกรม	e-Claim	

2.บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการติดต่อกันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน(Split admit)

บริการปี 2569 และ ปี 2570 (มีผลกับบริการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2569)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. หน่วยบริการที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งได้ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการติดต่อกันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 270 วันนับแต่วันที่หน่วยบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และมีความจำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วย ในรูปแบบผู้ป่วยในต่อไป หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ 270 วันดังกล่าว เสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการได้ และการให้บริการ ภายหลังจากระยะเวลา 270 วันนั้น ให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่ 2. การให้รหัสโรค รหัสหัตถการในการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่ ให้ใช้โรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้นเป็นโรคหลักในการขอรับค่าใช้จ่าย **บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2569 ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยใน (IP) สิทธิ UC / PUC / D1 (SSS)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป - บริการในเขตพื้นที่ จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง - บริการนอกเขตพื้นที่ อัตราจ่าย 10,000 บาท/AdjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

3.กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาตรฐานบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
อัตราจ่าย	1. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ตามจำนวนผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา 10,000 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) 2. ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายในระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขตพื้นที่ 3. ให้คาดการณ์โดยใช้จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician : EP) ณ วันที่ 15 สิงหาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว 4. จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ ในกรณีที่มีการให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician : EP) ในอัตรา 120,000บาทต่อจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician : EP) ต่อปี เพื่อยกระดับศักยภาพมาตรธานการให้บริการในห้องฉุกเฉิน 5. ยกเลิก การจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายจำนวน 728 รายการ จ่ายตามผลงานบริการ โดยจ่ายตามระบบ Point system within Global budget และจัดสรรเป็นรายไตรมาส
โปรแกรม	e-Claim

4.กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต

	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจนเนื่องจากหัวใจหยุดเต้น 2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 3. ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม 4. มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดด่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูง และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต
ผู้มีสิทธิ	สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง

4.กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต (ต่อ)

	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP (มีอายุรแพทย์โรคไต และ มีศักยภาพเฉพาะทางเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ) 3. ตรวจสอบในโปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล (ฝ่ายบริหารงานทะเบียนกำลังดำเนินการ) https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/index.xhtml 4. ศักยภาพการบริการ >> H50 : บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต
อัตราจ่าย	อัตราการจ่ายชดเชย จ่ายตาม DRGs + Add on 1.จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) - บริการในเขต อัตราจ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW - บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 10,000 บาท/AdjRW 2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (Add on) ในหมวดบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดหมวด จำนวน 2 รายการ อัตราจ่ายคงเดิม ดังนี้

รหัส	บริการ	อัตราจ่าย
CRRT1	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องวันแรก	15,000 บาท
CRRT2	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง **ในวันต่อไป** ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	10,000 บาท

5. บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก, เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน (อายุ 18- 85 ปี) (มีผลกับบริการตั้งแต่ 11 มิถุนายน 2568)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามเกณฑ์ประเมินแนบท้ายประกาศ ศักยภาพบริการ H72 : บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 14 แห่ง H73 : บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก จำนวน 14 แห่ง H74 : บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน จำนวน 13 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2569)

บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery) (ต่อ)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
อัตราจ่าย	1.จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป อัตราจ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW 2. จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศฯ เดิม - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง 3. จ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ โดยจ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ หมายเหตุ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เบิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	e-Claim

6. บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.) โดยจ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการตามมาตรฐานบริการหรือแนวทางปฏิบัติการของวิชาชีพ (Reghos = H32)
อัตราจ่าย	- บริการในเขต จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง - บริการข้ามเขต อัตราจ่าย 10,000 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

7.กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW - กรณีในเขตพื้นที่ จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง - กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตราจ่าย 10,000 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง - กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW อยู่ระหว่างการทบทวนอัตราจ่าย โดยการคำนวณด้วยค่า K ตามที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

8.กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ในการรักษา ตามประกาศ (กรณีโรคอ้วน ต้อง Pre-authorization ทุกราย)
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 จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตราจ่าย 10,000 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง อยู่ระหว่างการทบทวนอัตราจ่าย โดยการคำนวณด้วยค่า K ตามที่กำหนด
โปรแกรม	e-Claim

9.บริการกรณีเด็กแรกเกิด

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก้เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง(PUC)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด
อัตราจ่าย	1. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายอัตรา 10,000 บาท/AdjRW 2. เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม (รวมบริการรักษาโรคความดันเลือดในปอดสูง (Persistent pulmonary hypertension of the newborn : PPHN) ด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (Inhaled nitric oxide : iNO) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW 3. กรณีใช้บริการในเขตพื้นที่และบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ 1,500 กรัมขึ้นไป ให้ใช้ค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขตพื้นที่
โปรแกรม	e-Claim

หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

10.การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ - โรคทางกาย 9 กลุ่มโรค (ยกเลิกกลุ่มโรค Diabetes mellitus และ Severe Hypertension มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2569 เป็นต้นไป ตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569) - โรคทางจิตและการบำบัดสารเสพติด 3 กลุ่มโรค
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6) อัตราจ่ายจำนวนไม่เกิน 10,000บาท/AdjRW
โปรแกรม	ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED

11.บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ 1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม(Total knee prosthesis) ใน อายุน้อยกว่า 55 ปีต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด 2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัดทุกราย ปรับเพิ่มข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ 2.1 ความผิดรูปของข้อเข่า ที่สูญเสียหรือมีความบกพร่องของเอ็นด้านข้างของข้อเข่า หรือข้อเข่าผิดรูปอย่างรุนแรง 2.2 ความผิดปกติของกระดูกข้อเข่า จากการติดเชื้อ, อุบัติเหตุ, ความบกพร่องแต่กำเนิด, กระดูกตายจากขาดเลือดไปเลี้ยง, ความเสียหายของเส้นประสาทในข้อ (โรคข้ออักเสบชาร์คอต(Charcot joint) 2.3 สำหรับการผ่าตัดแก้ไขผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้วที่ต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข 2.4 ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเนื้องอกของกระดูกหรือเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่ต้องมีการตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าทิ้ง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2569 3. กำหนดโควต้าตั้งแต่ต้นปีงบประมาณตามงบประมาณที่ได้รับในระดับประเทศและระดับเขต และบริหารจัดการโควตาระหว่างปี เพื่อความยืดหยุ่นและไม่กระทบต่อผู้รับบริการ หากเกินโควต้าระดับเขตจะกระจายโควต้าระดับประเทศ หลังจากโควต้าหมดจะดำเนินการจัดให้มีระบบการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) และหรือปรับลดอัตราจ่าย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ต่อ)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ URL: https://osshra.nhso.go.th/#/officer
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ 1. ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) ที่อัตรา 10,000 บาท/AdjRW + On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศฯ
โปรแกรม	e-Claim

12.บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ตามข้อบ่งชี้และแนวทางการให้บริการรักษา ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรมีการให้บรักกรอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2569 มีผลบังคับใช้วันที่ 16 กันยายน 2569 (NEW) 2. หน่วยบริการ ต้องขออนุมัติก่อนทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Pre-authorization for CAG) ในกลุ่มโรคดังนี้ 2.1 มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic coronary syndrome: CCS) 2.2 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขยายตัวจากการขาดเลือด (Ischemic cardiomyopathy) 2.3 การตรวจประเมินเป็นภาวะหลอดเลือดโคโรนารี่ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (Non-coronary open heart surgery) หรือผู้ป่วยที่ต้องทำหัตการรักษาภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดโคโรนารี่อุดตัน 3. หน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (CAG-PCI Pre-payment audit Form) 4. มีการประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน (CAG-PCI Pre-payment audit Form) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย 5. กรณีที่การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน (CAG-PCI Pre-payment audit Form) ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบเบื้องต้น ข้อมูลจะถูกชะลอจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน (V993)

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (CAG-PCI) (ต่อ)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ระดับ 1, 2) - กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้าน ขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

13.บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา และข้อพิจารณายุติการรักษา ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. 2566
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยสิทธิ UC / PUC / D1
หน่วยบริการ	จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่กำหนด Reghosp = H31 : หน่วยบริการที่มีศักยภาพใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (ECMO)

บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน (ต่อ)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
อัตราจ่าย	1. เบิก Inst (4425 และ 4428) หรือ 4425 2) จ่ายเฉพาะ Hcode ตามที่กำหนด Reghosp = H31 (กรณีหน่วยไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนฯ ให้ Deny G42) 3) มีรหัส ICD 9 = 39.65 หากไม่เป็นตามเงื่อนไขให้ติด I04 4) เบิก Inst 4425 ตรวจจำนวนชิ้นจ่าย ไม่เกิน 1 ชุด หากมากกว่าที่กำหนดให้ติด บันทึกเบิกจำนวนชิ้นอุปกรณ์มากกว่าที่กำหนด 5) อัตราจ่าย Inst. 5.1 จ่ายเพิ่ม Add on DRGs ตามเรียกเก็บไม่เกินราคาเพดาน x 1 บาท/point 5.2 ใช้เงิน CR ปีงบฯ 70 6) อัตราค่าบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบ DRGs 6.1 ในเขต จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) 6.2 ข้ามเขต จ่าย 10,000 บาท/AdjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

14.บริการกรณีนวัตกรรมย่านโยธี

หลักกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนดในประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) สิทธิ
หน่วยบริการ 	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี 1. หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามาธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น 2. หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น
อัตราจ่าย	1. หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา : จ่ายตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : กรณีในเขต จ่ายตาม DRGs ในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW กรณีข้ามเขต จ่ายตาม DRGs ในอัตรา 10,000 บาท/AdjRW
โปรแกรม	e-Claim

15.บริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. <u>กรณีรักษาทั่วไป</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน ที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม 2. <u>กรณีคลอดบุตร</u> ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิประกันสังคม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	1. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามประกาศฯ การจ่ายบริการผู้ป่วยนอก แต่ละกรณี 2. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป อัตราจ่ายไม่เกิน 10,000 บาท/AdjRW
โปรแกรม	e-Claim


สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย
(คงเดิม)
ปีงบประมาณ 2570

ประกอบด้วย 8 บริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1. บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (CPAP)	คงเดิม
2. บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว	คงเดิม
3. บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม **(ต้อง Pre-authorization)**	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข ปัจจุบัน คงเดิม อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ
4. บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม	คงเดิม
5. บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)	คงเดิม
6. บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค(Instruments) **หลักเกณฑ์การจ่ายคงเดิม** แต่มีการปรับรายการอุปกรณ์ รายละเอียดตามประกาศใหม่	คงเดิม
7. บริการกรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instruments) - อุปกรณ์คนพิการ	คงเดิม
8. บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า	คงเดิม

บริการที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorization : PA)

บริการเดิม 7 รายการ

ภายใต้การกำกับดูแลเพื่อควบคุมคุณภาพและบริหารจัดการค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

1. 
บริการผ่าตัดโรคอ้วน (Morbid Obesity)

2. 
บริการอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมชนิด (Hinge Knee)

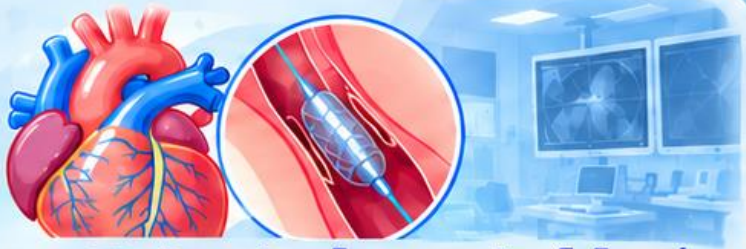
3. 
บริการข้อเข่าเทียม (Joint Registry)
สำหรับผู้ป่วย อายุ < 55 ปี

4. 
บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT)

5. 
บริการผ่าตัดฝังชุดประสาทหูเทียม

6. 

บริการยา Ribociclib โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

7. 
บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (CAG-PCI)



ระยะเวลาการพิจารณาข้อมูล ภายใน 14 วัน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สรุปแนวทางการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorization : PA)

1 ตรวจสอบหน่วยบริการ



หน่วยบริการที่มีศักยภาพ ที่ สปสช. กำหนด

2 หน่วยบริการส่งขออนุมัติ PA



หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PA) ผ่านระบบ **ที่กำหนด**

3 คณะกรรมการพิจารณาข้อมูล



ภายใน 14 วัน

4 ตรวจสอบผลการพิจารณา



หน่วยบริการตรวจสอบผลการพิจารณา **ผ่าน / ไม่ผ่าน / แก้ไขข้อมูล**

กรณีไม่ผ่านการพิจารณา ให้แก้ไขข้อมูลและส่งขออนุมัติ PA เข้ามาใหม่

5 บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับเงิน



หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม **ที่กำหนด** เพื่อขอรับเงิน

6 ประมวลผลจ่าย



ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามสิทธิ เงื่อนไข และอัตราจ่ายที่กำหนด ดำเนินการประมวลผลจ่าย

7 สปสช. รับเงิน



โอนเงินเข้าบัญชีหน่วยบริการตามรอบการจ่าย

สถานะการดำเนินงานบริการที่ขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorization : PA)

1 บริการที่อยู่ระหว่าง การทบทวนและปรับปรุงข้อบ่งชี้

ปัจจุบันมีบริการที่อยู่ระหว่างการทบทวน และปรับปรุงข้อบ่งชี้ จำนวน **2 รายการ** ได้แก่

1. 
บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ชนิดมีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge Knee Prosthesis)

2. 
บริการประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)

2 บริการที่อยู่ระหว่าง การพัฒนาโปรแกรม

กำหนดเริ่มใช้งานระบบในวันที่
1 พฤศจิกายน 2569

ทั้งนี้ การเปิดใช้งานระบบยังต้องรอประกาศหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างเสนอผู้มีอำนาจลงนาม โดยมีบริการที่อยู่ระหว่างการพัฒนาโปรแกรม **จำนวน 5 รายการ** ได้แก่

1. 
บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ชนิดมีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge Knee Prosthesis)

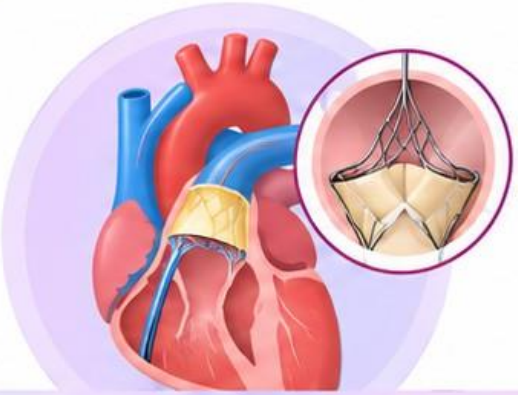
2. 
บริการประสาทหูเทียมฝังก้านสมอง (Auditory Brainstem Implant: ABI)

3. 
บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อไหล่เทียมแบบกลับด้าน (Reverse Shoulder Arthroplasty)

4. 
บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม (Total Ankle Arthroplasty)

5. 
บริการใช้อุปกรณ์ข้อเทียมชนิดโลหะสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกและมะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดปฐมภูมิ (Tumor Endoprosthesis for Musculoskeletal Tumor)

3 บริการที่อยู่ระหว่าง การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติม

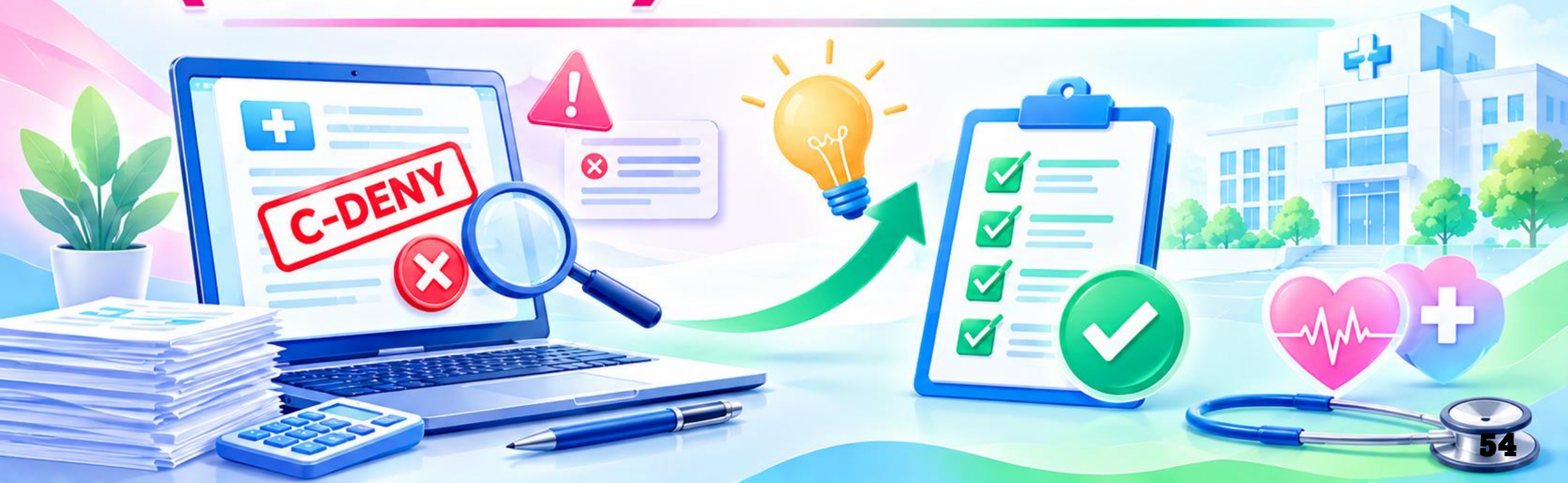


บริการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI)

อยู่ระหว่างการพัฒนาโปรแกรม เพื่อรองรับการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์และกระบวนการขออนุมัติก่อนเข้ารับบริการ (Pre-Authorization: PA)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปฏิเสธการจ่ายที่พบบ่อย (C-DENY) และแนวทางแก้ไข



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลถูกปฏิเสธการจ่าย รหัส D998

ประกาศ

อ้างถึงประกาศ ฯ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 หมวด 1 ข้อ 8.4.6

D998 หมายถึง | ส่งข้อมูลเกินกำหนด

แนวทางตรวจสอบและแก้ไข โดยต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ 31 ธ.ค. ของปีงบประมาณที่ให้บริการ

1. ข้อมูลบริการในแต่ละปีงบประมาณ ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ฯ ภายในวันที่ 31 ธ.ค. ของปีงบประมาณนั้น
2. หน่วยบริการต้องดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกปฏิเสธการจ่าย แก้ไขให้ถูกต้อง และส่งเข้ามาใหม่
3. กรณีที่หน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งเบิกแล้ว และมีความประสงค์ยื่นเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการ ต้องส่งหนังสือพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องมาที่ สปสช.

นางภณิดา กลิ่นพิพัฒน์ – Phanida.k@nhso.go.th



การดำเนินการกรณีข้อมูลเบิกจ่าย
อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ถูกปฏิเสธการจ่าย (I04, 825)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ข้อมูลที่ติด C825 หรือ Deny I04 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา)



C825 หมายถึง บันทึกเบิกจำนวนชิ้นอุปกรณ์มากกว่าที่กำหนด
>> ปัจจุบันยกเลิก C825 และประมวลจ่ายตามจำนวนที่กำหนด

Deny I04 หมายถึง ICD-10 / ICD-9CM
ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก

1. ทบทวนข้อมูลที่ส่งเบิก ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของรหัสโรคและรหัสหัตถการ (ICD-10/9) แก้ไขแล้วส่งเข้ามาใหม่
2. ตรวจสอบการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ว่าถูกต้อง ตรงตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในประกาศฯ
3. กรณีที่ตรวจสอบตามข้อ 1, 2 แล้วถูกต้อง ครบถ้วน ให้ดำเนินการยื่นเอกสารเวชระเบียนอุทธรณ์ โดยแนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- เวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกเกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ได้แก่ ใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่บันทึกการใช้อุปกรณ์, บันทึกการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา
- หลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ sticker ของอุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- แนบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา (ถ้ามี)
- กรณีอุปกรณ์นั้นไม่มี sticker ต้องระบุรายละเอียดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้ลงในใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ให้ครบถ้วน
- กรณีอุวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

พนิดา กล่ำพิพัฒน์ – Phanida.k@nhso.go.th

สรุปกระบวนการ Pre-authorization (PA) สำหรับ CAG

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. หากได้รับอนุมัติ PA แล้ว จะมีผลเป็นระยะเวลา 90 วัน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ และสามารถทำ CAG ได้ 1 ครั้ง หากไม่ได้ทำ CAG ภายใน 90 วัน จะต้องขออนุมัติ PA ใหม่

2. การขอ PA โดยหน่วยบริการหนึ่ง และได้รับอนุมัติแล้ว แต่ส่งต่อไปทำ CAG ที่หน่วยบริการอื่น หน่วยบริการที่ได้รับอนุมัติ จะต้องเข้ามาในโปรแกรม PA เพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยบริการที่จะส่งผู้ป่วยไปทำ CAG แล้วหน่วยบริการนั้นก็จะสามารถทำ CAG ได้ (ภายใน 90 วัน นับจากวันที่อนุมัติ PA)

3. การขอ PA หากไม่อนุมัติ หน่วยบริการจะสามารถขอ PA ใหม่ได้ โดยไม่ได้กำหนดระยะเวลา (หากข้อมูลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง) แต่ทั้งนี้ระบบจะบันทึกประวัติการขอ PA ไว้ เพื่อประกอบการพิจารณาของแพทย์ auditor

4. การขอ PA จะไม่สามารถขอ PA ซ้ำได้ หากอยู่ในระหว่างการพิจารณาของแพทย์ auditor

5. หากระหว่างรอผลการพิจารณา PA แล้วผู้ป่วยกลายเป็น ACS ก็สามารถพิจารณาทำหัตถการ CAG/PCI ได้ โดยไม่ต้องรอผล PA แต่ในกระบวนการเบิกจ่าย จะต้องเข้าเงื่อนไขในขั้นตอน Pre-payment audit



การตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลถูกปฏิเสธการจ่าย รหัส G47

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

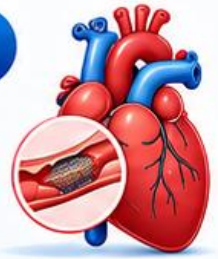
G47 หมายถึง กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล data form





1	กรณีไม่ได้บันทึก data form	>>	บันทึกข้อมูล data form และกดส่งมาที่ สปสช. แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ หลังจากส่งข้อมูล data form เรียบร้อยแล้ว
2	กรณีบันทึก data form กด save ร่าง แต่ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช.	>>	ตรวจสอบการส่งข้อมูล data form แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ หลังจากส่งข้อมูล data form เรียบร้อยแล้ว
3	กรณีบันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process)	>>	ตรวจสอบการส่งข้อมูล data form แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ หลังจากส่งข้อมูล data form เรียบร้อยแล้ว
4	กรณีบันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date ไม่อยู่ในช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ ใน e-claim (date admit- date discharge)	>>	ส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช. เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ

5 กรณีบันทึกเบิกใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form ไม่พบการบันทึก Part II PCI



ทบทวนข้อมูลที่ส่งเบิก ดังนี้

5.1 กรณีที่ทำหัตถการ PCI ไม่สำเร็จ (Fail PCI)
ไม่ต้องส่งเบิกรหัสที่เกี่ยวข้องกับ PCI
ตามแนวทางการสรุปและให้รหัส แก้ไขข้อมูลแล้วส่งเข้ามาใหม่



5.2 กรณีที่ทำหัตถการ PCI สำเร็จ แต่ลืมบันทึก Data form part PCI
ให้ส่งเอกสารยืนยันการให้บริการ
แต่ข้อมูลชุดนี้จะถูกชะลอจ่าย (V993) เพื่อตรวจสอบเอกสารโดย Auditor



นางภณิดา กลิ่นพิพัฒน์ – Phanida.k@nhso.go.th

การตรวจสอบและแนวทางแก้ไข

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลติด V993



V993 : กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)

ข้อมูล CAG Data Form ไม่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไข

ข้อมูลดังกล่าวจะถูกชะลอการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ

แนวทางการแก้ไข :



แนวทางแก้ไข หน่วยบริการแนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการ

ผ่านระบบ Single Audit Platform >>

URL https://singleaudit.nhso.go.th/



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๓๐



คุณเรณู รวยรื่น

ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญ
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

บริการกรณีเฉพาะ

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2570





บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

1. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 8 พ.ย. 2567 เป็นต้นไป) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค 2568 เป็นต้นไป) มีบริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) การให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด	ปรับจ่ายตามประกาศ FS
2) การให้บริการผู้ป่วยนอก กรณีมาตรา 7	ปรับจ่ายตามประกาศ FS
3) การให้บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช. เขต 1 ถึงเขต 12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network : UHosNet) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด	ปรับจ่ายตามประกาศ FS
4) กรณีผู้มีสิทธิไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร	ปรับจ่ายตามประกาศ FS

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

1. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ต่อ)

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2567 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 8 พ.ย. 2567 เป็นต้นไป) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2568 เป็นต้นไป)

❑ มีบริการ ดังนี้

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
5) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ	ไม่เปลี่ยนแปลง
6) ค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ ในกรณีการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด การใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา และการรักษาด้วยรังสีโปรตอน	ไม่เปลี่ยนแปลง
7) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด)	ปรับจ่ายตามประกาศ FS
8) การให้บริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอดหรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์	ปรับจ่ายตามประกาศ FS

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีส่งเสริมคุณภาพบริการ

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2568 มีบริการ ดังนี้

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 7 ก.ย 2568 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) การให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track)	ไม่เปลี่ยนแปลง
2) การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570
3) การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570
4) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่	ไม่เปลี่ยนแปลง
5) บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ	ไม่เปลี่ยนแปลง

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

3. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2566 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2565 เป็นต้นไป) และพ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 25 ก.ย 2568 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) รวมทั้ง A. บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ตามที่ชี้แจงพร้อมกับกรณี IP) B. ผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ตามที่ชี้แจงพร้อมกับกรณี IP) C. บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม (ตามที่ชี้แจงพร้อมกับกรณี IP)	
2) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)	ไม่เปลี่ยนแปลง
3) การจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ปรับเงื่อนไขประมวลผลจ่ายเพื่อให้สอดคล้องกับบริการที่ดำเนินการโดยสภากาชาดไทย

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

3. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (ต่อ)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
4) การผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ ประกอบด้วย	
A. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ	เปลี่ยนแปลง
B. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation)	ไม่เปลี่ยนแปลง
C. การปลูกถ่ายตับสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง	เปลี่ยนแปลง

- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. 2567 (มีผล ตั้งแต่วันที่ 21 มี.ค. 2567 เป็นต้นไป)
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา พ.ศ. 2567 (มีผล ตั้งแต่วันที่ 19 มี.ค. 2567 เป็นต้นไป)

5) บริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสุด สำหรับบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย	
A. กรณีการใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา	ไม่เปลี่ยนแปลง
B. บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน	ไม่เปลี่ยนแปลง

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

4. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ย.2568 เป็นต้นไป) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 6 ต.ค.2568 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment : MMT)	ไม่เปลี่ยนแปลง
2) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก (Type 3 von Willebrand's disease)	ไม่เปลี่ยนแปลง

บริการกรณีเฉพาะ (Central reimbursement) ปีงบประมาณ 2570

5. การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 (มีผลบริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2565 เป็นต้นไป) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567 (มีผลบริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2566 เป็นต้นไป) และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 (มีผลบริการตั้งแต่วันที่ 23 ก.ย 2568 เป็นต้นไป)

	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย	ไม่เปลี่ยนแปลง
2) การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570
3) การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน	ไม่เปลี่ยนแปลง
4) การรักษาภาวะมีบุตรยาก	ไม่เปลี่ยนแปลง
5) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570

ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.2567 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570

ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2568 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตค. 2568 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1	เบิกจ่ายเหมือนปี 2569 จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2570
2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (Gestational diabetes mellitus : GDM)	
3) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational (preexisting) diabetes mellitus)	
4) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง	
5) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission)	

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2566
(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2566 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน	ปรับการประมวลผลจ่าย ให้ชัดเจน
2) ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)	ไม่เปลี่ยนแปลง
3) ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ	ไม่เปลี่ยนแปลง

บริการผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (OPBKK)

❑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างปีงบประมาณ 2568 - 2569 (มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 10 ต.ค. 2568 เป็นต้นไป)

ประเภทบริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1) กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	อยู่ระหว่างรับฟังหลักการ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง


NEW
สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2570

กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น





1. กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด OPAE



2. กรณีรับส่งต่อข้ามจังหวัด OP Refer



3. กรณีที่มีเหตุสมควร OP Anywhere



4. กรณีค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ



5. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ



6. กรณีสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ (3 เดือน หรือ 5 เดือน) มาใช้บริการคลอด

ประกาศ
ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ระหว่างปีงบประมาณ 2568 - 2569

หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
1. จ่ายค่าบริการตามรายการบริการ (Fee Schedule) ในอัตราที่กำหนด	1. จ่ายค่าบริการตามรายการบริการ (Fee Schedule) โดยจ่ายตามราคาค่าใช้จ่ายจริง (ที่เรียกเก็บ) แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศฯ
2. การจ่ายค่าบริการเคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร จ่ายตามรายการบริการในอัตราที่กำหนดฯ หรืออัตราที่กำหนดตามรายการบริการและอัตราการจ่ายในประกาศกรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยนอกกรณีที่มีเหตุสมควร	2. การจ่ายค่าบริการเคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการ เข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร จ่ายตามราคาค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศฯ หรืออัตราที่กำหนดตามรายการบริการและอัตราการจ่ายในประกาศกรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยนอกกรณีที่มีเหตุสมควร
3. อัตราค่าใช้จ่าย ตามรายการดังนี้ 1) รหัส 42702 Bone mass density: X-rays 1 part อัตราจ่าย 1,000 บาท 2) รหัส 42703 Bone mass density: X-rays whole body อัตราจ่าย 2,000 บาท	3. อัตราค่าใช้จ่าย ตามรายการดังนี้ 1) รหัส 42702 Bone mass density: X-rays 1 part จากเดิม 1000 บาท เป็น 400 บาท 2) รหัส 42703 Bone mass density: X-rays whole body จากเดิม 2000 บาท เป็น 800 บาท

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2568 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568

หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

ปีงบประมาณ 2569

1. การจ่ายชดเชย Fee Schedule จ่ายตามอัตราที่กำหนด ด้วยระบบ Point System

2. บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินอกเครือข่าย (ข้ามจังหวัด)
   - กรณีมีแพทย์ประจำ : จ่ายตาม Fee Schedule ทุกหมวด
   - กรณีไม่มีแพทย์ประจำ : เหมาจ่าย 70 บาท/ครั้ง ยกเว้นรายการทันตกรรม หมวด 13 จ่ายตามรายการ Fee Schedule

ปีงบประมาณ 2570

1. การจ่ายชดเชย Fee Schedule จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินอัตราที่กำหนด ด้วยระบบ Point System

2. บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินอกเครือข่าย (ข้ามจังหวัด)
   - กรณีไม่มีแพทย์ประจำ : เหมาจ่าย 70 บาท/ครั้ง ยกเว้นรายการทันตกรรม หมวด 13 จ่ายตามรายการ Fee Schedule
   - กรณีมีแพทย์ประจำ : จ่ายตาม Fee Schedule ทุกหมวด

รายการทันตกรรมหมวด 13 ตามศักยภาพการให้บริการ (HCLASS) ดังนี้
H94 : มีทันตแพทย์ เบิกได้ทุกรหัสบริการ
H95 : มีทันตาภิบาล เบิกได้เฉพาะ 12 รหัสที่กำหนด ได้แก่
62101, 67101, 67201, 67202, 67203, 67204, 67210, 67211, 67213, 64101, 61101, 64103

การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีเพื่อลดความเสี่ยง ด้านการเงินของหน่วยบริการ



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

ประกาศที่เกี่ยวข้องและเงื่อนไขการจ่าย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
พ.ศ. ๒๕๖๘


WPS PDF Document

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2568 เป็นต้นไป)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๘


WPS PDF Document

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 25 ก.ย.2569 เป็นต้นไป)

บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



ปี 2569	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
1) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ก) ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท	1) คงเดิม
2) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ข) ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท	2) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่ายตรงให้สภากาชาดไทย ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท
3) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ (ค) จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	3) คงเดิม

84

หมายเหตุ: ยังไม่มีการปรับประกาศการจ่ายฯ แต่ปรับเงื่อนไขประมวลผลจ่ายเพื่อให้สอดคล้องกับบริการที่ดำเนินการโดยสภากาชาด

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๗๐



คุณวรรณศิริ อุดมศักดิ์

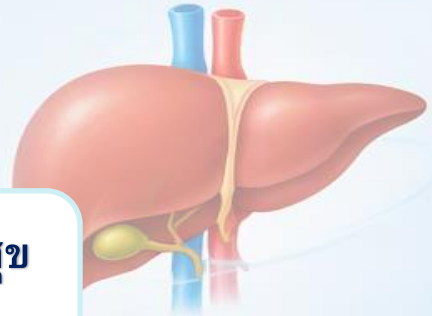
ตำแหน่ง นักบริหารงาน
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ
(การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับ)



ประกาศที่เกี่ยวข้องและเงื่อนไขการจ่าย



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2568

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2568 เป็นต้นไป)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2569 (ฉบับที่ 2)

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค 2569 เป็นต้นไป)

บริการการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

เงื่อนไขบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก	คงเดิม
	2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัดตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	เปลี่ยนแปลง (รายละเอียดดังนี้)

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

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

NEW

ปี 2570

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

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

หมายเหตุ : ค่าบริการปลูกถ่าย ปรับเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการจริง

เงื่อนไขบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (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

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

NEW ปี 2570

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	600,000
Protocol-HTX-II	
Protocol-HTX-III	
Protocol-HTX-IV	
Protocol- HTX-V	
Protocol- HTX-VI	

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

หมายเหตุ : ค่าบริการปลูกถ่าย ปรับเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการจริง

เงื่อนไขบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวหลังผ่าตัด

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



ปี 2570

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวหลังผ่าตัด

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

New! ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด จ่ายตามรายการบริการและไม่เกินอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

รายการบริการ	อัตราการจ่ายต่อครั้ง (บาท)
• CMV Prophylaxis	ไม่เกิน 180,000
• CMV disease	ไม่เกิน 180,000
• CMV Viremia	ไม่เกิน 40,000

เงื่อนไขบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ

ค่ายากดภูมิ

ปี 2569

ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

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

NEW

ปี 2570

ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	18,000
หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	13,000

หมายเหตุ :

1.การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

2. ค่ายากดภูมิปรับลดเพื่อให้สอดคล้องกับการการจ่ายกรณีค่ายากดภูมิของบริการปลูกถ่ายไตวาย

บริการการปลูกถ่ายตับ



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่

หัวข้อ	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก	คงเดิม
	2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัดตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	เปลี่ยนแปลง (รายละเอียดดังนี้)

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
1.3 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

NEW ปี 2570

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	*40,000	60,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	*45,000	*45,000
1.3 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

* **หมายถึง** : ปรับเปลี่ยนราคาจ่ายชดเชย

หมายเหตุ : ค่าบริการปลูกถ่าย ปรับเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการจริง

เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000	600,000
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้		
Protocol-OLT-I	410,000	เหมาจ่ายในอัตรา 600,000 บาท
Protocol-OLT-II	420,000	
Protocol-OLT-III	555,000	
Protocol-OLT-IV	565,000	

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
3. สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000	30,000

หมายเหตุ : ค่าบริการปลูกถ่าย ปรับเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการจริง

หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย

NEW

ปี 2570

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol) กรณีปลูกถ่ายตับเด็ก	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้	
Protocol-OLT-I	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท) 660,000 บาท
Protocol-OLT-II	
Protocol-OLT-III	
Protocol-OLT-IV	
3. สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection	
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000

ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol) กรณีปลูกถ่ายตับผู้ใหญ่	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	200,000
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้	
Protocol-OLT-I	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท) 660,000 บาท
Protocol-OLT-II	
Protocol-OLT-III	
Protocol-OLT-IV	
3. สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection	
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	
Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection	

เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่

ปี 2569

ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) **หมายเหตุ :** ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัดได้	10,000	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม



ปี 2570

ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) **หมายเหตุ :** ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัดได้	10,000	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

New! ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ในระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดจ่ายตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

รายการบริการ	อัตราการจ่ายต่อครั้ง (บาท)
• CMV Prophylaxis	ไม่เกิน 180,000
• CMV disease	ไม่เกิน 180,000
• CMV Viremia	ไม่เกิน 40,000

หมายเหตุ : เลือกบริการใดบริการหนึ่งเท่านั้น

เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่

หัวข้อ	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
อัตราจ่าย (ต่อ)	3. ค่าใช้จ่ายกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	คงเดิม
	4.ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราการจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้	เปลี่ยนแปลง

ปี 2569

ค่ายากดภูมิภายหลังการปลูกถ่ายตับ

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

NEW

ปี 2570

ค่ายากดภูมิภายหลังการปลูกถ่ายตับ

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	18,000
หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	13,000

หมายเหตุ : 1.การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

2. ค่ายากดภูมิปรับลดเพื่อให้สอดคล้องกับการการจ่ายกรณีค่ายากดภูมิของบริการปลูกถ่ายไตวาย

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

ประกาศที่เกี่ยวข้องและเงื่อนไขการจ่าย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ
พ.ศ. ๒๕๖๖

เพิ่มเติมปฐมภูมิ

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2565 เป็นต้นไป)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๘

Adobe Acrobat Document

(มีผลบริการ ตั้งแต่วันที่ 24 ธ.ค. 2568 เป็นต้นไป)

บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

ปี 2569	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
▪ จ่ายค่าจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน แบบเหมาจ่าย 50 บาท /ครั้ง ▪ บันทึกในหมวด 19 รหัสเบิก : DRUGP ค่าบริการจัดส่งยาไปยังผู้ป่วยที่บ้าน ▪ ต้องมีการเบิกคู่กับรายการ FS หมวด 4 (ยาใช้กลับบ้าน) หรือ หมวด 5 (เวชภัณฑ์มิใช่ยา)	คงเดิม โดยมีเพิ่มเติม ดังนี้ ▪ ไม่เป็นวันที่มารับบริการในโรงพยาบาล

หมายเหตุ: ยังไม่มีการปรับประกาศการจ่ายฯ แต่ปรับเงื่อนไขประมวลผลจ่ายเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศฯ



ขอบคุณค่ะ



“การทำความดี เป็นสุขเสมอ”

หมอหงวน

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๓๐



คุณแสงอรุณ อรรถพรพันธ์

ตำแหน่ง นักบริหารงาน
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง	คงเดิม
2. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)	คงเดิม
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)	คงเดิม
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ (9 รายการ)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

การเบิกจ่ายงบประมาณปีงบประมาณ 2570 ของ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อมูลที่รับบริการ	วันที่ส่งข้อมูล
1 ตุลาคม 2568 – 30 กันยายน 2569	16 กันยายน 2569 – 31 ธันวาคม 2569
1 ตุลาคม 2569 – 15 กันยายน 2570	1 ตุลาคม 2569 – 15 กันยายน 2570

อ้างอิง : ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
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 บันทึผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	ผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<u>กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ :</u> 1. คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 2. คนพิการที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือ พิการด้านอื่นร่วมด้วย โดยหน่วยบริการมีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (Independent Living Instructor)ตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์รับรอง และได้รับไปประกาศนียบัตรรับรองจากสถาบันราชสุดาคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 11,000 บาทต่อราย เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึกเป้าหมายหรือแผนการให้บริการรายบุคคลหรือรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ และมีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกทักษะ โดยให้ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ ณ วันที่เริ่มให้บริการ	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
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 ส่งข้อมูลผ่านระบบ Disability Portal • หน่วยบริการ เขต 13 ส่งข้อมูลผ่านระบบ E-CLIM • หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 13 ส่งข้อมูลผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ) ต่อ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการฟื้นฟู อื่น ๆ





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	-	-

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
ปีงบประมาณ 2570

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑๐.๖ ข้อ ๔๐ และข้อ ๔๐.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ปีงบประมาณ 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้บ้วยระยะยะกลาง พ.ศ. 2567 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก 2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	สิทธิประโยชน์คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (IMC OP)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2569			ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องอย่างน้อย 1 ระบบ กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) โดยเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป รายละเอียดตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด			คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ			คงเดิม
อัตราจ่าย	กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ	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

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องอย่างน้อย 1 ระบบ กลุ่มเป้าหมาย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) โดยเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป รายละเอียดตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ / สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
อัตราจ่าย	สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยให้เป็นไป ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	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

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย ของ บริการฟื้นฟูสรรถภาพด้านการแพทย์

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล			ระบบประมวลผลการจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และปฐมภูมิเขต 13	
1. บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค (IMC OP) กายภาพบำบัด , กิจกรรมบำบัด , แก้ไขการพูด	**Disability Portal**	**Disability Portal**	**-**	**Seamless For DMIS** **หัวข้อ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์**
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (O&M : ไม้เท้าขาว)	**Disability Portal**	**Disability Portal**	**-**	
3. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (IL)	**Disability Portal**	**Disability Portal**	**-**	
4. บริการฟื้นฟูสมรรถถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ (Global) กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การแก้ไขการพูด , จิตบำบัด, พฤติกรรมบำบัด, ฟื้นฟูการได้ยิน, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น, Early Intervention, Phenol block	**Disability Portal**	**E-Claim**	**NHSO Digital Platform**	

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก





สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

หน้า ๓๙
เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๑๗๙ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๙ เมษายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๘

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (GB) 1) บริการนวด 2) บริการประคบ 3) บริการนวดและประคบ 4) บริการอบสมุนไพร 5) บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด * 6) บริการพอกเข่า * 7) บริการนวดเพื่อฟื้นฟูเด็กพิการ (หน่วยบริการมาตรา 3)	* อยู่ระหว่างการร่างประกาศ ปรับและเพิ่มสิทธิประโยชน์
2. บริการยาสมุนไพร ** 1) บริการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ 32 กลุ่ม (FS) 2) บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือ 55 กลุ่ม (GB) 3) เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ กรณีหน่วยบริการใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน 100%	** อยู่ระหว่างการร่าง ประกาศ ปรับและเพิ่มสิทธิประโยชน์
3. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

การเบิกจ่ายงบประมาณปีงบประมาณ 2570
ของ บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

วันที่รับบริการ	วันที่ส่งข้อมูล
1 ตุลาคม 2568 – 30 กันยายน 2569	16 กันยายน 2569 – 31 ธันวาคม 2569
1 ตุลาคม 2569 – 15 กันยายน 2570	1 ตุลาคม 2569 – 15 กันยายน 2570

อ้างอิง : ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ภาพรวม : บริการการหัตถการแพทย์แผนไทย

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงิน แบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ	คงเดิม
อัตราจ่าย	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข่า 100 Point/ครั้ง 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง	อยู่ระหว่างการร่างประกาศปรับและเพิ่มสิทธิประโยชน์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ส่งผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 13 ส่งผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการการ นวด ประคบ อบสมุนไพร

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ	คงเดิม
อัตราจ่าย และเงื่อนไข	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง บริการที่ 1 2 3 กรณีให้บริการในวันเดียวกันจ่ายชดเชยบริการใดบริการหนึ่งเท่านั้น	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ส่งผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 13 ส่งผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ	คงเดิม
อัตราจ่าย และเงื่อนไข	การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด อัตรา 500 point/ครั้ง (รวม 5 กิจกรรม) เป็น “หญิงหลังคลอด” ให้บริการภายใน 3 เดือนหลังคลอด มีการให้บริการครบ 5 หัตถการ /ครั้ง และให้บริการไม่เกิน 5 ครั้ง/ภายใน 3 เดือน หลังคลอด ดังนี้ 1) 9007712 การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่ทั่วร่างกาย 2) 9007713 การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย 3) 9007714 การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย 4) 9007716 การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย 5) 9007730 การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่ทั่วร่างกาย	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ส่งผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 13 ส่งผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการพอกเข่า

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง	คงเดิม
หลักเกณฑ์	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ	คงเดิม
อัตราจ่ายและเงื่อนไข	บริการพอกเข่า อัตรา 100 point / ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ เงื่อนไข 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 2) มีอาการปวดเข่าจากภาวะเข่าเสื่อม (OA Knee) (ICD10 : M17*) หรือ โรคลมจับโปงแห้งเข่า (ICD10 : U 57.53) 3) ให้บริการนวดพร้อมการพอกเข่า ครบ 4 กิจกรรม/ครั้ง ดังนี้ 1. 872-78-11 การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวหัวเข่า) 2. 873-78-11 การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า 3. 874-78-11 การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขาท่อนล่าง (ระหว่างหัวเข่าถึงข้อเท้า) 4. 873-78-35 การพอกยาสมุนไพร (หัวเข่า) หมายเหตุ เนื่องจากมีการให้บริการกลุ่มหัตถการนวดร่วมด้วย จึงจ่ายค่าบริการนวดเพิ่ม 200 point/ครั้ง	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ส่งผ่านระบบ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 13 ส่งผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม
ระบบประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แฟ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ

(หน่วยบริการภาคประชาชน มาตรา 3 เท่านั้น)

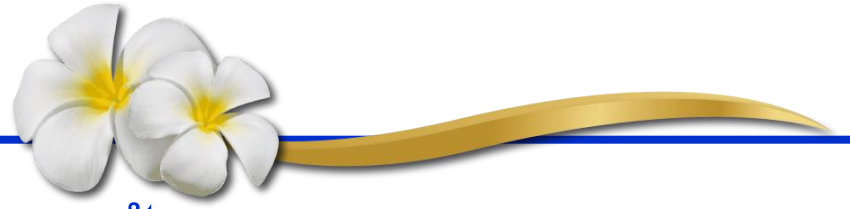
สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	ผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/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	จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ Disability Portal	คงเดิม

รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ



เหมาจ่ายตามผลงานบริการ 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 เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ จำนวนไม่เกิน 60 ล้านบาท
สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100 %
ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำกาหนด

ส่วนที่ 3 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1 จำนวน 55 กลุ่ม 56 รายการ
จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน
(Point system within Global budget)

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 1 ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ยาสมุนไพร 32 กลุ่ม 47 รายการ

	เดิม_ปี 2569	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 Thai Med 2. รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 3. บันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือ รหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TTMT หรือ TMT) โดยจัดทำเป็น Drug Catalogue 4. รูปแบบยา เงื่อนไขการสั่งจ่ายยาบัญชีรายการยาเฉพาะ และ บัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 5. การสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด 6. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษา ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด	อยู่ระหว่างการร่างประกาศปรับและเพิ่มสิทธิประโยชน์
อัตราจ่าย	อัตรา Point ละ 1 บาท จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข	คงเดิม
ระบบ	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1 - 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย บาท ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ท
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	ยาสหัศธารา	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 ขั้นต่ำต่อคอร์ท
9	H000901	ยาธาตุอบเชย	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	ยาขิง	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	ยาศุขไสยาศน์ (แคปซูล)	420 บาท	14	7,000 มก.
	H002102	ยาศุขไสยาศน์ (ซอง)	330 บาท	14	7,000 มก.

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย บาท ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิกจ่าย per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยาขั้นต่ำต่อคอร์ท
22	H002201	ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) 2.0 mg/ml	344 บาท	30 (ข้อบงชี้ ไม่เกิน 2 ขวด)	1 ขวด (ขนาด 10 ml)
23	H002301	ยาน้ำมันกัญชาทั้งห้า	600 บาท	30 (ข้อบงชี้ ไม่เกิน 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	7	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	7	1 ขวด
25	H002501	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน ๑:๑	1800 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ ไม่เกิน 2 ขวด)	2 ขวด (ขนาด 5 ml)
26	H002601	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน ๐.๕ mg/drop	1000 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ ไม่เกิน 2 ขวด)	2 ขวด (ขวดละ 5 ml)
	H002602	ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน ๓ mg/drop	1625 บาท	30 (ข้อบ่งชี้ ไม่เกิน 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	ยามะระขี้นก	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

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ

สำหรับ หน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%
ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 3 รายการ
เหมาจ่าย 50,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 2 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 รายการ
เหมาจ่าย 100,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 3 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย 5 รายการ
เหมาจ่าย 200,000 บาท/แห่ง

จำนวนเงินไม่เกิน 60 ล้านบาท

เงื่อนไขการจ่าย

การจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%
ที่ผ่านการตรวจสอบตามที่ สปสช.กำหนด

HealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 3 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ยาสมุนไพร 55 กลุ่ม 56 รายการ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 Thai Med 2. รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 3. บันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือ รหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TTMT หรือ TMT) โดยจัดทำเป็น Drug Catalogue 4. รูปแบบยา เงื่อนไขการสั่งจ่ายยาบัญชีรายการยาเฉพาะ และ บัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 5. การสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด 6. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษา ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด	อยู่ระหว่างการร่างประกาศปรับและเพิ่มสิทธิประโยชน์
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข	คงเดิม
ระบบ	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช เขต 1 - 13 ส่งข่าวระบบ e-Claim	

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย Point ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ท
1	H003301	ยาตรีผลา	65 point	7	6,300 มก.
2	H003401	ยาบัวบก (ยาแคปซูล ยาชง)	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	ยาสเปรย์กระดูกไก่ดำ	84 point	15	1 ขวด
5	H003701	ยารางจืด	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	ยาธรณีสันฑะฆาต	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	ยาห้ารากา	48 point	7	4,500 มก.
15	H004701	ยาหอมทิพโอสถ	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 ขั้นต่ำต่อคอร์ท
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	ยามันทธาตุ	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	ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง	48 point	7	3,000 มก.
28	H006001	ยาริดสีดวงมหากาฬ	204 point	30	72,000 มก.
29	H006101	ยาเลือดงาม	264.5 point	7	21,000 มก.
30	H006201	ยาไฟประลัยกัลป์	167.5 point	14	42,000 มก.
31	H006301	ยาไฟห้ากอง	167.5 point	14	42,000 มก.
32	H006401	ยาปลูกไฟธาตุ	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	ยามหานิลแท่งทอง	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

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	Drug_Gruop	ยาสมุนไพร	อัตราจ่าย Point ต่อ course การรักษา	* รอบการเบิก per Course (วัน)	* ปริมาณการใช้ยา ขั้นต่ำต่อคอร์ท
38	H007001	ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน	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	ยาตรีเกสรมาส	95 point	30	120,000 มก.
45	H007701	ยาตรีพิกัด	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	ยาบรรเทาริดสีดวงทวารหนัก	204 point	30	42,000 มก.
50	H008201	ยาอัมฤตย์โอสถ	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

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2569		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2570
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ / สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ปิดสิทธิ)	คงเดิม
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย 1 มีรหัสโรคหลัก (ICD-10) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) I60* – I64* 2 มีรหัสวินิจฉัยแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM) U78110 – U78117 3 มีรหัสหัตถการแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM) 9991810 9991811 9991801 9021801 หรือ 9031801 4. มีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ทุกครั้งที่ให้บริการ	คงเดิม
อัตราจ่าย	1. จ่ายตามรายการบริการในอัตราครั้งละ 150 บาท (รวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์) ให้บริการไม่เกิน 20 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง และหากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน 2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้รับบริการรายเดิมครบ 20 ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการเดียวกัน	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให□บริการฝ□งเข็ม หรือ บริการฝ□งเข็มร่วมกับกระตุ□นไฟฟ□า (ต้องขึ้นทะเบียนเพิ่มศักยภาพให□บริการฝ□งเข็ม) ให้บริการโดยแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝ□งเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน	คงเดิม
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1 - 13 ส่งผ่านระบบ e-Claim หน่วยบริการนำร่องเขต 1-12 และ หน่วยบริการปฐมภูมิเขต 13 ส่งผ่านระบบ NHSO Digital Platform	คงเดิม

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย

บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล			ระบบประมวลผลการจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	หน่วยนำร่องและปฐมภูมิเขต 13	
1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (ยกเว้นนวัตกรรมแผนไทย) นวด / นวดและประคบ / ประคบ / อบสมุนไพร / ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด / พอกเข่า	43 แฟ้ม	E-Claim	NHSO Digital Platform	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย
2. การใช้ยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ HERB_FS 32 กลุ่ม 47 รายการ HERB_GB 55 กลุ่ม 56 รายการ	E-Claim	E-Claim	NHSO Digital Platform	ตามระบบการส่งข้อมูล
3. บริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วย Stroke	E-Claim	E-Claim	NHSO Digital Platform	ตามระบบการส่งข้อมูล
4. บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ สำหรับ หน่วยบริการรับส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็น “หน่วยบริการมาตรา 3” เท่านั้น	Disability	Disability	Disability	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์แผนไทย

NationalHealthSecurityOffice–NHSO–www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๗๐



คุณสุนิสา ศรีทิพย์

ตำแหน่ง นักบริหารงาน
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

หลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2570

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.th

ที่มา : ตามประกาศ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๔) การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

➔ มีผลกับข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกอบด้วย 4 บริการ ดังนี้

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

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2570

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	บริการ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
1	การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)	คงเดิม
2	การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	คงเดิม
3	บริการปลูกถ่ายไต (KT)	คงเดิม
4	บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย (1/2)

บริการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
CPAD/APD	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ต้องผ่านการการตรวจประเมินความพร้อมและเห็นชอบจากสำนักงานก่อนให้บริการผู้ป่วย 2. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน 3. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ
HD	1.หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้นสถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการและระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP) 3.หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน 4.ศักยภาพของหน่วยบริการให้เป็นไปตามจำนวนเครื่องไตเทียมที่ได้รับการรับรองจากศูนย์รับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ศ.ร.ต) หรือ คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) เว้นแต่กรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่อาจได้รับการรับรองดังกล่าว จะพิจารณาศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการเป็นรายกรณี ทั้งนี้ วันและเวลาทำการของหน่วยบริการทั้งหมดให้เป็นไปตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP) 5. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย (2/2)

บริการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
KT	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย H2004: ปลูกถ่ายไต H2006: จ่ายยากดภูมิจากปลูกถ่ายไต 2. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ
PC	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง - R0219 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (โรงพยาบาลทั้งรัฐเอกชนและคลินิกเอกชน) - R0201 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เฉพาะโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนเท่านั้น) - H02 (CAPD) (โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน และคลินิกเอกชน) 2. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 3. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CPAD/APD) (1/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ

2. ผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ และไม่มีเหตุผลอันสมควรทางด้านสังคมหรือครอบครัวควรได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการ CAPD อันดับแรก และกรณีในการเข้ารับบริการ APD ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก หรือเป็นผู้ป่วยวัยทำงานที่จำเป็นต้องใช้ APD รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลมีความจำเป็นหรือความเหมาะสมในการใช้บริการ APD ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการไตระดับเขต

3. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1. 73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

3.2 ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1. 73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง
3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย
4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CPAD/APD) (2/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

3.3 กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75)

3.3.1 กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร 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

3.4.2 กรณีผู้ป่วยรายเก่า ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำทุกปีเพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตได้ด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็น PC และแจ้งให้สำนักงานทราบ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (1/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วนและเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ

2. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1. 73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

2.2 ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1. 73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสู
3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย
4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (2/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

2.3 กรณีผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75)

2.3.1 <u>กรณีผู้ป่วยรายใหม่</u> ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร 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

2.3.2 <u>กรณีผู้ป่วยรายเก่า</u> ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำทุกปีเพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตได้ด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็น PD หรือ PC และแจ้งให้สำนักงานทราบ

3. มีข้อห้ามทางการแพทย์ ที่เป็นข้อห้ามการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือ มีเหตุสมควร ด้านสังคมหรือครอบครัว ที่เป็นข้อจำกัดในการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการปลูกถ่ายไต (KT)

บริการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
KT	1. ผู้ป่วยใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือเจตนารมในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 2. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต 3. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) (1/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วนและเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ

2. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1. 73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

2.2 ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1. 73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสู
3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย
4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กลุ่มเป้าหมายบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) (2/2)

เงื่อนไขปี 2570
(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

2.3 กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร 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

3.ผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวไม่เหมาะสมที่จะรับการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

4. กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) จากผู้ป่วย PC ไปเป็น ผู้ป่วย PD หรือ HD ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1.บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<u>สิ่งที่เปลี่ยนแปลง</u>

หลักเกณฑ์

วิธีการ เงื่อนไข

การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) (1/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. หลักการให้สิทธิ RRT รายใหม่	1. ให้รับทราบ PD First ตามมติบอร์ด 4 พ.ย. 2567 + Share Decision Making 2. ต้องผ่าน PAK โดยคณะกรรมการไตระดับเขตพิจารณาให้สิทธิ RRT (คณะกรรมการไตระดับเขตให้สิทธิผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับ CAPD เป็นหลักเว้นแต่มีเหตุจำเป็นด้านอายุหรือทางสังคม จึงพิจารณาให้ APD ได้ตามดุลยพินิจ) 3. กรณีไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณากรรมการไตระดับเขต ผู้ป่วยสามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศได้
2. การเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode of RRT)	ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต ยกเว้นกรณี ดังนี้ 1. กรณีเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และแจ้งขออนุมัติจาก คกก.ไตระดับเขตโดยเร็ว 2. กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
3. การล้างไตด้วยเครื่อง APD	มีเงื่อนไขที่ควรพิจารณาการล้างไตด้วยเครื่อง APD ได้เฉพาะเด็ก, วัยทำงาน,ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความจำเป็นหรือความเหมาะสมตามดุลพินิจของคณะกรรมการไตระดับเขต
4. การจัดสรรน้ำยาและอุปกรณ์	1. กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไต CAPD/APD และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การสัชกรรม 2. กรณีหน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมการรับค่าน้ำยาล้างไต CAPD/APD และค่ายา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้ - CAPD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 15,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - APD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 18,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน
5. ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)	- จ่ายให้หน่วยบริการ PD จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - กรณีที่เป็นเครือข่ายบริการหน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งให้ลูกข่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือนหรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) (2/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
6. ค่ายา EPO	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา
7. Temporary HD	- จ่ายค่าบริการเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาท/ครั้ง (ต้องอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 90 วัน) - หากเกินต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขตเพื่อพิจารณา
8. เกณฑ์การจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง	1. ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการ อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง และได้รับบริการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายบริการ หรือ อสม. อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน 2. ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร 3. อัตราการมีชีวิตของผู้ป่วย PD รายใหม่ในระยะเวลา 3 เดือนแรกของการรักษา 4. อัตราการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% peritonitis rate) 5. อัตราการ Shift mode จาก PD เป็น HD ในระยะ 6 เดือน ของการรักษา
9. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง	สำนักงานจะกันเงินในอัตรา 200 บาท/คน/เดือน เพื่อบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) โดยจ่ายโดยระบบคะแนน (point system) จ่าย 2 รอบ ดังนี้ 1. รอบที่ 1 นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา 2. รอบที่ 2 นำผลงานในช่วง 6 เดือนสองของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์

วิธีการ เงื่อนไข

การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (1/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. หลักการให้สิทธิ RRT รายใหม่	1. ให้รับทราบ PD First ตามมติบอร์ด 4 พ.ย. 2567 + Share Decision Making 2. ต้องผ่าน PAK โดยคณะกรรมการไตระดับเขตพิจารณาให้สิทธิ RRT
2. การกำกับการจ่ายตามศักยภาพหน่วยบริการ	จ่ายให้หน่วย HD ตามจำนวนเครื่องที่ ศรต./ตรต. รับรอง หรือศักยภาพที่ สปสช. พิจารณา โดยยึดตาม ส.พ.7 และ CPP
3. การเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode of RRT)	ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต ยกเว้น กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
4. ค่าบริการฟอกเลือด	1. ค่าฟอก HD จ่าย 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) 2. ค่าฟอก HD ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. การฟอกเลือดต้องไม่น้อยกว่า 4 ชม. ยกเว้นกรณีการฟอกครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน
5. ค่ายา EPO	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา
6. Dialyzer	ค่าบริการฟอกเลือดรวมค่าตัวกรองเลือด (Dialyzer) หากเป็นชนิดที่มีคุณสมบัติใช้ซ้ำได้ไม่เกินตามที่สมาคมโรคไตกำหนด อุปกรณ์ ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือดและการตรวจห้องปฏิบัติการแล้ว

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (2/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
7.ค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)	- Tunnel cuffed catheter (TCC) รวมค่าอุปกรณ์รหัส 4905 เหมาจ่าย 11,000 บาทต่อครั้ง - Arteriovenous Fistula (AVF) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง - Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง และ ค่าอุปกรณ์รหัส 4015 หรือ 4016 - Temporary double lumen catheter (TDC) จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง * กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า 3 ครั้ง ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต โดยจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ - กรณีที่มีการซ่อมเส้น AVF หรือ AVG สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ *ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบ ODS (One Day Surgery) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราตามประกาศฯกรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก
8. เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เพื่อเป็นข้อมูลส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่านั้นไม่ได้นำมาเป็นข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการ)	เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผลและปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน 2) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥3.5 กรัมต่อเดซิลิตร 3) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ Hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า > 12 กรัมต่อเดซิลิตร 4) ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่านทาง AVF/AVG/Perm cath

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (1/6)

1. ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
   - ค่าเตรียมผู้บริจาคมีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย
   - ค่าเตรียมผู้รับบริจาค จากผู้บริจาคมีชีวิตและสมองตาย

รายการ		ประเภทการจ่าย	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ค่าเตรียมและผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อครั้งต่อไต 1 ข้าง	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค *ไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	45,000
		ผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาค ด้วยวิธี Open LD nephrectomy ต่อครั้ง	32,800
		ผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาค ด้วยวิธี Laparoscopic LD nephrectomy ต่อครั้ง	40,000
ผู้รับบริจาค	จากผู้บริจาค มีชีวิต	ค่าเตรียมก่อนรับผ่าตัด ต่อครั้ง	40,000
		ค่าตรวจ PRA ดังนี้ - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	2,000 13,000 12,500
	จากผู้บริจาคสมองตาย	ค่าเตรียมก่อนรับผ่าตัด ต่อครั้ง	40,000
		ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาท ต่อรายต่อปีงบประมาณ	8,700

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (2/6)

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

2.1 กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 6 ประเภท

ประเภทการจ่าย	Protocol	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	143,000
	Protocol-II ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	148,000
	Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิ Basiliximap และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	287,000
	Protocol –IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิ Basiliximap และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	292,000
	Protocol –V ในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือด (ABO incompability KT) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดใน Protocol –IV และการทำ Plasmapheresis จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	372,000
	Protocol –VI การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน anti-thymocyte globulin 3-7 dose และ Tacrolimus หรือ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	412,000

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (3/6)

2.2 กรณีมีการรักษาภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ดังนี้

ประเภทการจ่าย	รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีมีการรักษาภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV)	CMV Prophylasix	180,000
	CMV Viremia	40,000
	CMV disease	180,000

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (4/6)

3. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ตาม Protocol กรณีมีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 7 ประเภท

ประเภทการจ่าย	Protocol	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	**Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)** ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Acute cellular rejection	23,000
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Refractory acute cellular rejection	493,000
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Antibody mediated rejection	340,000
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Refractory antibody mediated rejection	426,000
	Protocol DGF-A (Delayed graft function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function	56,000
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function ร่วมกับ Acute cellular rejection	40,000
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection	35,000

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (5/6)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
4. กรณีที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 7 ประเภท	กรณีที่มีความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 7 ประเภท ให้หน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายส่วนต่างเพิ่มเติมตามระบบ DRG เป็นไปตามประกาศฯ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
5. กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ.2 ระหว่างผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด	กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ.2 ระหว่างผ่าตัดและภายหลังให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
6. กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต	กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ Balloon หรือ Stent รายการการอุปกรณ์รหัส 4801-4804 เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (6/6)

7. ค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ประเภทการจ่าย	เงื่อนไขการรับยา	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
		อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
ยากดภูมิ	หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน	30,000
	หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน	25,000
	หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน	18,000
	หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	13,000

หมายเหตุ : 1. การเบิกยากดภูมิต้องมีการยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ณ “วันที่ได้จ่ายยากดภูมิ (*)

2. สามารถบันทึกเบิกจ่ายยากดภูมิได้มากกว่า 1 เดือน (หากมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยมากกว่า 1 เดือน)

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์

วิธีการ เงื่อนไข

การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

Flow การเบิกจ่ายบริการ Palliative care-CKD

ดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Better Care Together

ผู้ป่วยรายใหม่ และราย Shift mode



ผู้ป่วยรายใหม่
และราย Shift mode



Share Decision Making



ขออนุมัติ
ผ่าน PAK

ผ่าน



บันทึกข้อมูล
ขอรับค่าใช้จ่ายฯ



ไม่ผ่าน

ผู้ป่วยรายเก่า



ผู้ป่วยรายเก่า





รหัสโรค N185 และ Z515 และ
รายที่ไม่เสียชีวิตในระยะเวลา 6 เดือน



รพ. ต้องขออนุมัติ
/ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่
ผ่าน PAK

ผ่าน



บันทึกข้อมูล
ขอรับค่าใช้จ่ายฯ





หมายเหตุ : ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า มีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนกับการเบิกจ่ายใน e-Claim และ LTC

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC) (1/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ประกอบด้วย 1. การบรรเทาอาการของโรคไตวาย เช่น ลดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่ปลอดภัยต่อไต เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ควบคุมอาการคันด้วยยาต้านฮีสตามีน (Antihistamine) หรือปรับสมดุลแคลเซียม-ฟอสฟอรัส จัดการภาวะบวมน้ำโดยจำกัดเกลือและน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ 2. การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด 3. การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อลดความเครียดและความกลัว สนับสนุนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย 4. การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลทั้งที่บ้าน ที่ชุมชน และที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Advance directive) 5. การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) มีเป้าหมายลดความทุกข์ทรมานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ควบคุมอาการปวดและหอบเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เตรียมตัวและทำใจต่อการจากไปของผู้ป่วย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC) (2/2)

รายการ	เงื่อนไขปี 2570 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
2. ค่าบริการ	1. จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมในอัตรา 1,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน 2. ในกรณีเป็นเครือข่ายหน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งค่าบริการให้ลูกข่ายต่อผู้ป่วยต่อเดือน หรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน โดยค่าบริการเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมการบริการ ดังนี้ 2.1 กรณีผู้ป่วยใหม่ รวมการตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ 2.2 กรณีผู้ป่วยเก่า การตรวจติดตามผลการรักษาและการปรับแผนการรักษาที่หน่วยบริการอย่างน้อย ทุก 3 เดือน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ 2.3 ค่าตรวจเลือด หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย * การจ่ายแบบเหมาจ่ายต้องไม่ซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยที่รับบริการ PC และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศที่รับการบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประดับประคอง และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

แนวทางดำเนินการข้อมูลที่ติด Deny กรณีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

DENY	ความหมาย Deny	แนวทางการดำเนินการ
CK101	บันทึกข้อมูลใน CPP ไม่ครบถ้วน	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. สพ.7 หรือ สพ.19 (เวลาการให้บริการฟอกเลือดต้องตามเวลาที่ได้รับอนุญาต สพ.7 หรือ สพ.19) 3. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์ว่าเหตุใดถึงบันทึกข้อมูลใน CPP ไม่ครบถ้วน
CK103	ฟอกเลือดนอกเวลาทำการ	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. สพ.7 หรือ สพ.19 3. Hemodialysis Sheet (เวลาการให้บริการฟอกเลือดต้องตามเวลาที่ได้รับอนุญาต สพ.7 หรือ สพ.19) 4. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์ว่าเหตุใดถึงฟอกเลือดนอกเวลาทำการ
CK104	ให้บริการเกินศักยภาพ	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. ใบรับรอง ศรต. (จำนวนรอบตาม CPP+จำนวนเตียง ต้องมีศักยภาพตามใบรับรอง ศรต.) 3. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์ว่าเหตุใดถึงให้บริการเกินศักยภาพ
CK026	รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. Hemodialysis Sheet 3. Doctor's order 4. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์ว่าเหตุใดฟอกเลือดเกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ * (กรณีหน่วยบริการบันทึกเบิกผิดวัน ให้ไปยกเลิกการเบิกวันที่บันทึกเบิกผิดวันใน DMIS เมนู บันทึกข้อมูลอุทธรณ์ชดเชยค่าฟอกไต (UC/อปท./กทม./ขสมก.) ด้วย)

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

แนวทางดำเนินการข้อมูลที่ติด Deny กรณีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต่อ

DENY	ความหมาย Deny	แนวทางการดำเนินการ
CK305	ไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. Hemodialysis Sheet 3. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์ว่าเหตุใดไม่ได้ทำการปิดสิทธิ (กรณีบันทึกเบิกผิดวัน ให้บันทึกเบิกวันที่ถูกต้องมาใหม่ หากเคสติด CK026 ให้ไปอุทธรณ์ที่ CK026)
CK306	ไม่มี Authen หรือไม่มีปิดสิทธิ์	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. Hemodialysis Sheet 3. Doctor's order 4. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์
CK350	สุ่มตรวจสอบก่อนจ่าย (กรณีมีการยืนยันตัวตนแทน/คีย์ เลข 13 หลักแทนการเสียบบัตรประชาชน)	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. Hemodialysis Sheet 2. Doctor's order * สปสช.เขตพื้นที่ 1-13 เป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลอุทธรณ์
CK039	ฟอกเลือดไม่ครบ 4 ชม.	หน่วยบริการต้องแนบเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ในโปรแกรม DMIS ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ 2. Hemodialysis Sheet 3. Doctor's order 4. ชี้แจงเหตุผลที่อุทธรณ์

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

รหัสปฏิเสธการจ่ายและแนวทางอุทธรณ์ กรณีปลูกถ่ายไตและรับยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด (KT,KTI)

DENY	ความหมาย Deny	แนวทางการดำเนินการ
CK001	ไม่มีสิทธิ UC	กรณีไม่ใช่สิทธิ UC ปฏิเสธการจ่ายชดเชย
CK002	ข้อมูลซ้ำเคยจ่ายแล้ว	กรณีเบิกซ้ำกับเดือนที่เคยจ่ายแล้วปฏิเสธการจ่ายชดเชย
CK013	วันที่ให้บริการไม่อยู่ใน MODE KT	ปฏิเสธการจ่ายชดเชย กรณีการเบิกค่าบริการต่างๆของบริการ KT ผู้ป่วยต้องอยู่ใน MODE KT เท่านั้น
CK014	มีจำนวนเบิกจ่ายเกินจำนวนครั้งที่กำหนด	หน่วยบริการยื่นอุทธรณ์เป็นเอกสาร ดังนี้ 1. หนังสืออุทธรณ์ ผู้มีอำนาจลงนาม ➔ ชี้แจงรายละเอียดข้อมูลเคสที่ต้องการอุทธรณ์ 2. เอกสารเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการเบิก protocol /รายการที่เบิกในครั้งนี้ 3. เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
CK021	ยังไม่ชดเชยในเดือนที่ผ่าตัด	ปฏิเสธการจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามประกาศฯ (ไม่จ่ายชดเชยในเดือนที่ผ่าตัด)
CK022	ข้อมูลซ้ำในเดือนเดียวกัน	กรณีบันทึกเบิกยากดภูมิมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน ปฏิเสธจ่ายชดเชยตามประกาศฯ (เนื่องจากเหมาจ่ายต่อเดือน)
CK305	ไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)	- กรณีไม่ปิดสิทธิ ปฏิเสธการจ่ายชดเชย - <u>ยกเว้น</u> ผู้บริหารอนุมัติให้เปิดอุทธรณ์ กรณี C305 หากหน่วยบริการอุทธรณ์เข้ามาตามเงื่อนไขที่กำหนดจะมีประกาศฯ และชี้แจงให้หน่วยบริการทราบอีกครั้ง
C998	ส่งข้อมูลเกินกำหนด	กรณีบันทึกเบิกไม่ทันตามกำหนด พิจารณาปฏิเสธการจ่ายชดเชย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

ขอบคุณค่ะ



“การทำความดี เป็นสุขเสมอ”

หมอหงวน

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๓๐



คุณปริศนา รถสีดา

ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญ
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายฯ ปีงบประมาณ 2570

ประกาศ ฯ ที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ประกาศ	ไฟล์แนบ
1	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงนาม 30 ต.ค. ๒๕๖๘	ประกาศ PPFS 69
2	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงนาม ๗ ต.ค. ๒๕๖๘	ประกาศออร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ
3	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙ ลงนาม ๑๖ ก.ค. ๒๕๖๙	ประกาศคัดกรองโรคกระดูกพรุน

รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบ 2569 -2570

รายการปีงบประมาณ 2569 (จำนวน 30 รายการ)		รายการเพิ่มเติม/ยกเลิก ปี 2570
1. บริการการทดสอบการตั้งครรภ์ 2. บริการฝากครรภ์ 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ 4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ 5. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส 6. การตรวจหลังคลอด 7. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) 8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) 9. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ม่พึงประสงค์ 10. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 11. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 12. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 13. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) 14. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 15. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	16. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มี ประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ 17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 19. บริการเคลือบฟลูออไรด์ 20. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) 21. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี 22. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 23. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ 24. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ 25. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค 26. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)* 27. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก * 28. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจาการขาดธาตุเหล็ก * 29. บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ * 30. บริการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตีวัยหมดประจำเดือน *	รายการที่ยกเลิก ไปรวมในงบเหมาจ่ายรายหัว (PPB) 1. บริการวัคซีนป้องกันโรค (รายการที่ 25)

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2570

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

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

หมายเหตุ : * หมายถึง รายการที่มีการยกเลิก

2 กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี (4 รายการ) และเด็กอายุ 6 – 12 ปี (1 รายการ)

1. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
2. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
3. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
4. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
5. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3 กลุ่มอายุ 12-59 ปี (19 รายการ)

1. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
2. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์
4. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
5. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
6. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
7. บริการเคลือบฟลูออไรด์
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
10. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี
11. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี
12. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ม่พึงประสงค์
13. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
14. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
15. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด
16. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค * ยกเลิก
17. บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
18. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)
19. บริการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตีวัยหมดประจำเดือน

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1.) บริการฝากครรภ์	
1.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ (รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน)	360
1.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 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	600 190
1.3 ค่าบริการตรวจอัลตร้าซาวด์	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 ค่าทำหัตการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
2.2.2 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) DNA Based Analysis	3,000
2) Hemoglobin typing	270

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
3.) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	
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 การเจาะเลือดและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ	200
4.2 ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	
4.2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (non-invasive prenatal test: NIPT)	2,500
4.2.2 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (non-invasive prenatal test: NIPT) และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ	2,600
4.2.3 การตรวจ Quadruple test	1,200
4.2.4 การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	1,300

1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 (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 2570 (กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6–12 ปี)

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

2. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 (กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6–12 ปี)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
10) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - การตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct	30
11) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก	50

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
12.) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600
13.) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
13.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250
13.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	
13.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50
13.2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280
2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370
13.2.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250
13.3 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900
14.) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	
14.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	500
14.2 บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2	
14.2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	10,000
14.2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	2,500

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
15.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) *	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษา แนะนำ และส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60
16.) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	65
17.) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	
ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค และการให้คำแนะนำ ติดตาม	80
18.) บริการเคลือบฟลูออไรด์	
ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100
19) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา) รวมบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ และบริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
19.1 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์ หรือ 19.2 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีศัลยกรรม	3,000 **180**

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
20.) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	
20.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100
20.2 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
20.3 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)	
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	~~20~~
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
2.1) เทคนิค Solid media	200
2.2) เทคนิค Liquid media	300
20.4 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)
21.) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี	
ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	50
22.) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	
22.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Screening test)	50
22.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้	
1) HCV core antigen	400
2) HCV RNA (qualitative method)	1,690

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
23.) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	
23.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน	
23.1.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	40
23.1.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	80
23.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50
23.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	10
23.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60
23.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800
23.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	
21.6.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,150
21.6.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	350

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

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
26.) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	
26.1 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามการการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	40
26.2 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง	160
27.) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)	
27.1 ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา	100
27.2 ค่าจัดส่ง	100
27.3 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs)	650

3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2570 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
28) บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ	
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย โดยอัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีจ่ายตามรายการบริการ (FS)	จ่ายตามราคา FS
29) บริการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน	
- (Bone Mineral Density: BMD) ที่บริเวณสะโพก (Hip) หรือกระดูกสันหลัง (Spine)	400
- (Bone Mineral Density: BMD) ที่บริเวณสะโพก (Hip) และกระดูกสันหลัง (Spine)	800

รายการที่เปลี่ยนแปลง : 1) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค

หัวข้อ	ปี 2569	ปี 2570 ที่เปลี่ยนแปลง
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	รวมอยู่ในการจ่ายเหมาจ่ายรายหัว
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 เขต 1-13 บันทึกผ่านโปรแกรม KTB	

รายการ PPFS ที่เงื่อนไขไม่เปลี่ยนแปลง



1) บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
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 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง รวมถึงค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวน์ ➢ เขต 1-12 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ➢ เขต 13 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ Ultrasound ไม่เกิน 2 ครั้ง:การตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2 ระยะใกล้คลอด เฉพาะรพ.) จ่ายอัตรา 400 บาท:ครั้ง (*เป็นไปตามประกาศของ กทม.) 5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ***กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป”
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
ขอบเขตบริการ	1. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ - Hb typing - Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemia 2. การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND - การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือ - Amniocentesis หรือ - Cordocentesis 3. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis 1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ 2) ตรวจ Hb typing
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน - Alpha – thalassemia 1 จ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน และ/หรือ - Beta thalassemia mutation จ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อคน 2. ตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ - DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

3) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย เหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

3.2) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	1. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย 1 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 2. ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี 3. เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
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) รายทีผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นลบ ให้ตรวยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3) - กรณีการตรวจด้วยวิธี วิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
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
โปรแกรม	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (non-invasive prenatal test: NIPT) หรือ 2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test หรือ 2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรั่มจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด 3. การตรวจด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (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) มีความเสี่ยงสูงให้ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม 4.1 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1.1 หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (non-invasive prenatal test: NIPT) - เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี NIPT - เป็นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และมีศักยภาพในการให้บริการ ดังต่อไปนี้ - ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 ในรายการตรวจคัดกรองอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี ไม่รุกล้ำ (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)

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
หน่วยบริการ	- เทคนิคที่ใช้ในการตรวจ คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกล้ำ (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 30วัน - มีการจัดเก็บรักษาความปลอดภัยของระบบข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) - ผู้ตรวจวิเคราะห์ ต้องมีความพร้อมและประสบการณ์ และได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT)

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.1 การเจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ 1.2 การเจาะเลือด พร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผลในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป 2.2 จัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,600 บาทต่อการตั้งครรภ์ และต่อการรู้ผล ในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป หรือ 2.3 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 2.4.การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรั่มจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์

4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
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
โปรแกรม	เขต 1 – 12 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS เขต 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform <u>กรณีบริการ NIPT</u> เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

5) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 และ 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ 3. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน 2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH จ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

6) การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
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 หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

7) การตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้ 1.1 บริการตรวจหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน 1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด 1.3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด 2. บริการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 3 ครั้งในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ดังนี้ - หลังคลอดระหว่างวันที่ 1-7 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 - หลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 2. ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด ในอัตรา 135 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

8) บริการทดสอบการตั้งครรภ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง บริการไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี จ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
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 ผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออร่า

9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ปี 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บ. ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 3. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ. ต่อครั้ง ต่อปี 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมา จ่ายในอัตรา 2,150 บาทต่อครั้ง 4.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา 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
โปรแกรม	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

10) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา
ขอบเขตบริการ	ให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1.1 วิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ - การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ - การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2. กรณียุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. วิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน(Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย

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



1. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงนั้น
2. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์ อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง
3. หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ
4. หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์
5. หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

11) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ 1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้ เขต 1-12 : 1. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D 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
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13: โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี
ขอบเขตบริการ	1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง 2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด 3. กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ 3.1 ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 3.2 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling) 4. กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ 4.1 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 4.2 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผล การตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา

12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ปี 2570
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA เหมาจ่ายอัตรา 250 บ./ครั้ง 2. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self sampling) - บริการเก็บตัวอย่าง จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other Type) เหมาจ่ายอัตรา 280 บ./ครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป HPV High Risk HPV 14 type fully เหมาจ่ายอัตรา 370 บ./ครั้ง 3. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง 4. บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง 5. ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำ ด้วยวิธี Pap Smear ภายใน 1 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง หลังผลการตรวจ Liquid based cytology ผลเป็นลบ
โปรแกรม	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

13) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก 2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา 3. แจ้งผลการตรวจ และติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ จ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ 2.1 TB-LAMP 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) 2.3 Real-time PCR MTB/MDR 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) 2.4 Line Probe Assay (LPA) 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) 3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อ ยา First- line drugs

14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	ปี 2570
ขอบเขตบริการ	4. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) โดยเลือก วิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ 4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)** 5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี - เทคนิค Solid media - เทคนิค Liquid media
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 2570
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) หรือ 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
โปรแกรม	- บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub - ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

15) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติ การรักษาโรคเบาหวาน) 2. ผู้มีอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษา ด้วยยาลดไขมัน)
ขอบเขตบริการ	1. ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุในประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (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
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. อายุ 35- 59 ปี ➢ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี 2. อายุ 45- 70 ปี ➢ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี 3. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป ➢ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวที่ตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย PPFS 2567 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม 2. บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ 3. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ตรวจยีน และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1. หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2: เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีนBRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)

16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	ปี 2570
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
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

17) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	➢ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➢เขต 13 : เด็กแรกเกิด - 12 ปี และ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	➢เขต 1-12 : บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน ➢เขต 13 : 1. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 1 ครั้งต่อช่วงอายุ ดังนี้ - ช่วงอายุแรกเกิด - 2 ปี - ช่วงอายุ 3 - 6 ปี - ช่วงอายุ 7 - 12 ปี - ช่วงอายุ 13 - 24 ปี (เฉพาะผู้หญิง) 2. ตรวจคัดกรองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 2.1 เจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือ 2.2 เจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)
หน่วยบริการ	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 หน่วยบำรุง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

18) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	➢ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ➢เขต 13: เด็กแรกเกิด - 12 ปี และผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี
ขอบเขตบริการ	➢เขต 1-12 : บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) ➢เขต 13: บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - เด็กอายุ 2 เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด < 2,500 กรัม - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี , 2-5 ปี , 6-12 ปี - กลุ่มผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	➢เขต 1-12 : ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี ➢เขต 13 : ค่าบริการยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี 1. ในเด็ก สามารถรับประทานได้ อย่างน้อย 3 เดือน 2. ผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB

19) บริการเคลือบฟลูออไรด์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มีอายุ 25 - 59 ปี กลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ)
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 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB (รายการผู้ต้องขัง) หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

20) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 2.ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

21) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

22) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5) ผู้ต้องขัง (Prisoner)
ขอบเขตบริการ	1. 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 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี 2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง 2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	1. ตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim 3. หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

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

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1.1 มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.2 เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 1.3 มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)
หน่วยบริการ	หน่วยนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะได้ ได้แก่ - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere (รอประกาศนวัตกรรม) - หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการค่าบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท (1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ)
โปรแกรม	ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS

24) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม
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) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่ มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง ได้แก่ 1.ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด 2.ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค 3. กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ 1.ผู้ป่วยที่กำลังจะเริ่มหรือได้รับยาชีววัตถุกลุ่ม anti-TNF 2.ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิเทียบเท่ากับ prednisone ๑๕ มก. ต่อวันเป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๑ เดือนขึ้นไป (ในเด็กได้ prednisolone ๒ มก./กก/วัน นาน ๒ สัปดาห์ ขึ้นไป) 3.ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 4. ผู้ป่วยที่เตรียมตัวปลูกถ่ายอวัยวะหรือไขกระดูก
ขอบเขตบริการ	2.1 ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อปี 2.2 ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อปี 2.3 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAS) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 650 บาทต่อครั้งต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 2.1 หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือด เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงตามแนวทาง เวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2.2 หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

25) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)

หัวข้อ	ปี 2570
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	- ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อปี - ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อปี - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAS) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 650 บาทต่อครั้งต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. การตรวจ ELISA 2. การตรวจ Chemiluminescence 3. การตรวจFluorescence
โปรแกรม	- บันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ออกรายงาน STM รายเดือนใน ระบบ Seamless for DMIS

26) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	คนไทยทุกสิทธิ ตามช่วงอายุ อายุ 6 เดือน - 12 เดือน จำนวน 1 ครั้ง อายุ 3 ปี - 5 ปี จำนวน 1 ครั้ง
ขอบเขตบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ P : หน่วยบริการปฐมภูมิ H : หน่วยบริการประจำ R : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ R01 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป R0101 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป CAPITATION R0102 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป NON-CAPITATION R0212 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือ ค่าตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 30 บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อคน
โปรแกรม	HCODE สปสช. เขต 1-13 : ประมวลผลจ่ายในโปรแกรม e-Claim หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

27) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	คนไทยทุกสิทธิ ตามช่วงอายุ - อายุ 6 เดือน - 12 เดือน
ขอบเขตบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ P : หน่วยบริการปฐมภูมิ H : หน่วยบริการประจำ R : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ R01 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป R0101 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป CAPITATION R0102 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป NON-CAPITATION R0212 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	บริการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้งต่อปี(ต่อปีงบประมาณ)
โปรแกรม	HCODE สปสช. เขต 1-13 : ประมวลผลจ่ายในโปรแกรม e-Claim หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

28) บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ Protocol 1 –2 กลุ่มบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลายในผู้ใหญ่ หรือวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 18 ปี ขึ้นไป
ขอบเขตบริการ	- หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ มีศักยภาพผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP) ได้แก่ (HClass : H ,R , R01 , R0101 , R0102) : Reghos: H87 : บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ , H8701 : บริการฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพ : อายุต่ำกว่า 16 ปี , H8702 : บริการฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพ : อายุ 16 – 18 ปี, H8703 : บริการฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพ : อายุมากกว่า 18 ปี
หน่วยบริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย โดยอัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีจ่ายตามรายการบริการ (FS)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย โดยอัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีจ่ายตามรายการบริการ (FS)
โปรแกรม	สปสช. เขต 1-13 : บันทึกและประมวลผลจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim หน่วยนำร่อง : บันทึกผ่าน โปรแกรม NHSO Digital Platform

29) บริการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน

หัวข้อ	ปี 2570
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1.บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกหัก (FRAX) โดยบุคลากรทางการแพทย์ หากพบความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3) 2.ตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูกด้วยเครื่องDual energy X-ray Absorptiometry จำนวน 1 ครั้ง ทุก 5 ปี
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกหัก (FRAX) และ ตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูกด้วยเครื่องDual energy X-ray Absorptiometry ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก ด้วยเครื่อง DXA จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสานักงาน เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง 1.1) (Bone Mineral Density: BMD) ที่บริเวณสะโพก (Hip) หรือกระดูกสันหลัง (Spine) จ่ายในอัตรา 400 บาท 1.2) (Bone Mineral Density: BMD) ที่บริเวณสะโพก (Hip) และกระดูกสันหลัง (Spine) จ่ายในอัตรา 800 บาท
โปรแกรม	สปสช.เขต 1-13 : บันทึกเบิกผ่าน โปรแกรม e-Claim

ขอบคุณค่ะ



“การทำความดี เป็นสุขเสมอ”

หมอหงวน

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมชี้แจง

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่น ปีงบประมาณ ๒๕๗๐



คุณวรรณฤดี ชูสุวรรณ

ตำแหน่ง นักบริหารงาน
สำนักตรวจสอบก่อนการจ่าย
ชดเชยค่าบริการ

การจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย
และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ
ปีงบประมาณ
2570
สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : หน่วยงานเจ้าของสิทธิโอนเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	สถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่ง	กรมบัญชีกลาง
ประกันสังคม	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สำนักงานประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน ที่เข้าร่วมจ่ายตรง	กรุงเทพมหานคร
บุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	สพฉ.
บุคลากร สปสช.	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สปสช.
องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
การรถไฟแห่งประเทศไทย	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	การรถไฟแห่งประเทศไทย
ครูเอกชน	สถานพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมจ่ายตรง	กองทุนสงเคราะห์
ข้าราชการ (ตามมติ ครม.)	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง	สปสช.

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
อปท.	สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน ที่เข้าร่วมจ่ายตรง	สปสช.

3. รับฝากงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
   - ❖ สิทธิข้าราชการ
   - ❖ สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
   - ❖ สิทธิกรุงเทพมหานคร
   - ❖ สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
   - ❖ สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
   - ❖ สิทธิองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
   - ❖ สิทธิพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย
   - ❖ สิทธิครูเอกชน
   - ❖ สิทธิข้าราชการ (ตามมติ ครม.)
2. สิทธิประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม
3. ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด
   - ❖ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (เลือกใช้สิทธิ UC)

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

สิทธิ	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2570
สิทธิ ขสมก.	1. กรณีผู้ประสบภัยจากรถ
สิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	2. ขยายโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3. กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Case) 4. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ(ปิดสิทธิ)
สิทธิเบิกข้าราชการ (ตามมติ ครม.) UC HERO	5. สิทธิใหม่ เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง
สิทธิครูเอกชน	6. สิทธิใหม่ เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

สิทธิ	เงื่อนไขปี 2569	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2570
1. สิทธิ ขสมก.	เบิกจ่ายตรงไม่ได้ ผู้มีสิทธิต้องสำรองจ่ายและเบิกต้นสังกัด	กรณีผู้ประสบภัยจากรถ สามารถเบิกจ่ายตรงได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป 1. ใช้หลักเกณฑ์เงื่อนไขเดียวกับกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2. บันทึกจำนวนเงินที่เบิก จาก พรบ. ในช่อง พรบ. หน้าค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรม e-Claim
2. สิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	เบิกจ่ายตรงไม่ได้ ผู้มีสิทธิต้องสำรองจ่ายและเบิกต้นสังกัด	กรมบัญชีกลาง ขยายโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มรับข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 และปัจจุบันมี รพ.สต.ที่เข้าร่วมเบิกจ่ายสิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง จำนวน 699 แห่ง (ข้อมูล ณ 11/8/69) หลักเกณฑ์การเบิกจ่าย : ตามหลักเกณฑ์กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โปรแกรมการส่งเบิก : โปรแกรม NHSO Digital Platform การยืนยันตัวตน : รพ.สต.520 แห่งแรก ใช้เครื่อง EDC ของ KTB หน่วยที่เหลือใช้ระบบปิดสิทธิของ สปสช.

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

สิทธิ	เงื่อนไขปี 2569	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง/เพิ่มใหม่ ปีงบประมาณ 2570
3. สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานหรือลูกจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	เดิมเบิกจ่ายตรงไม่ได้	กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Case) เริ่มเบิกจ่าย 1 ต.ค.69 (อ้างอิง หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท 0809.3/ว5405 ลงวันที่ 24 ก.ย.2569) หลักเกณฑ์การจ่าย : อ้างอิงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สถานพยาบาล : สถานพยาบาลของเอกชนที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง การโอนเงิน : สปสช.โอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาล อัตราการจ่าย : 1. จ่ายชดเชยตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ (Base Rate*Adj.rw) โดยกำหนด Base Rate ตามประกาศกรมบัญชีกลาง และจ่ายเพิ่มเติมค่าห้องค่าอาหาร/อุปกรณ์อวัยวะเทียม 2. รายการบริการผ่าตัด/หัตถการต่างๆ เป็นไปตามที่แต่ละสถานพยาบาล ทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง และแจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการ Elective Case สิทธิ อปท.
	เดิมไม่ต้องปิดสิทธิ	การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ(ปิดสิทธิ) ผู้มีสิทธิ อปท. หากเข้ารับบริการในสถานพยาบาล จะต้องมีการการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ(ปิดสิทธิ) กำหนดวันจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

สิทธิ	สิ่งที่เพิ่มใหม่ ปีงบประมาณ 2570
4. สิทธิเบิกข้าราชการ (ตามมติ ครม.) UC HERO (สิทธิใหม่ที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง)	ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2569 เห็นชอบให้บุคคลในครอบครัวของข้าราชการทหารที่เสียชีวิตจากสถานการณ์ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา ที่สูญเสียสิทธิในการได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัว และกลายเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้มีผลกับวันที่รับบริการ ตั้งแต่ 12 พฤษภาคม 2569 เป็นต้นไป หลักเกณฑ์การจ่าย : อ้างอิงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สถานพยาบาล : สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง การโอนเงิน : สปสช.โอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาล ผู้มีสิทธิ : เฉพาะตนเอง ตามรายชื่อที่กำหนด อัตราการจ่าย : 1. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRG (Base Rate ของสถานพยาบาล ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด) 2. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. กรณีฟอกเลือดล้างไต เข้ารับบริการได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ หากเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน ต้องมีหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ

สรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสิทธิอื่น ปีงบประมาณ 2570

สิทธิ	สิ่งที่เพิ่มใหม่ ปีงบประมาณ 2570
5. สิทธิครูเอกชน (สิทธิใหม่ที่เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง)	เริ่มให้บริการเบิกจ่ายตรงแก่ผู้มีสิทธิครูเอกชน ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2569 หลักเกณฑ์การจ่าย : อ้างอิงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สถานพยาบาล : สถานพยาบาลของรัฐ ที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมเบิกจ่ายตรง การโอนเงิน : กองทุนสงเคราะห์ ครูเอกชน โอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาล ผู้มีสิทธิ : เฉพาะตนเอง (ไม่มีผู้อาศัยสิทธิ) อัตราการจ่าย : 1. ผู้ป่วยใน จ่ายตาม DRG (Base Rate ของสถานพยาบาล ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด) 2. ผู้ป่วยนอก จ่ายตามที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. กรณีฟอกเลือดล้างไต เข้ารับบริการได้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ บริการที่เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรงไม่ได้ : 1. กรณียาราคาแพง ที่ต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยา สำรองจ่ายและนำใบเสร็จเบิกต้นสังกัด 2. กรณีฟอกไต สถานพยาบาลเอกชน ต้องมีหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ ให้สำรองจ่ายและนำใบเสร็จเบิกต้นสังกัด 3. กรณีตรวจสุขภาพประจำปี และ Elective case เบิกไม่ได้ทั้งเบิกจ่ายตรงและใบเสร็จ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

การตรวจสอบการโอนเงิน

สิทธิ	การตรวจสอบการโอนเงิน
อปท./ สปสช./ผู้ประกันตนคนพิการ/UC HERO	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
องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ	สำนักบัญชีและกองทุนกลาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ โทรศัพท์ 02 246 0339 ต่อ 1310
การรถไฟแห่งประเทศไทย	https://srt-nhso.railway.co.th โทรศัพท์ 02-220-4603
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โทรศัพท์ 091 576 1877
ครูเอกชน	กลุ่มงานปฏิบัติการ(ฝ่ายสวัสดิการ) กองทุนสงเคราะห์ โทรศัพท์ 095-375-9730

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

โปรแกรมที่ใช้ในการเบิกจ่าย

กรณี	โปรแกรม
1. ตรวจสอบสิทธิ และการขอเลขอนุมัติ	- ระบบลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(SRM) - ระบบขอเลขอนุมัติเบิกจ่ายตรง(สำหรับกองทุนอื่น)
2. การจัดทำบัญชีรายการยา	โปรแกรม Drug Catalog
3. การจัดทำบัญชีรายการยาLAB	โปรแกรม LAB Catalog
4. ขออนุมัติใช้ยาราคาแพง	ระบบลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบก่อนอนุมัติการเบิกจ่าย สำหรับยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะสิทธิ อปท./ข้าราชการ/กทม./สปสช. (ยาที่ค่าใช้จ่ายสูงให้ผู้เชียวชาญตรวจสอบก่อน)
5. ระบบส่งข้อมูลเบิกจ่ายตรง ตรวจสอบSTM,ใบคำขอเบิก	โปรแกรม NEW e-Claim หน้าเว็บ eclaim online (ตรวจสอบSTM,ใบคำขอเบิก)
6. การฟอกเลือดล้างไต	สิทธิอปท./กทม./ขสมก./รฟท./ครูเอกชน ส่งเบิกผ่าน โปรแกรม DMIS HD สิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง ส่งเบิกผผ่านโปรแกรมของ สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
7. นัดผ่าตัดล่วงหน้า	Elective case (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับ กทม. และ สถ.)
8. เบิกใบเสร็จ สิทธิอปท.	ระบบบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยใบเสร็จ สิทธิอปท.

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

ขอบคุณค่ะ



“การทำความดี เป็นสุขเสมอ”

หมอหงวน

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์