



การบริหารจัดการการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
หน่วยบริการนวัตกรรม
บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568

| รายการ | จำนวนเงิน (ล้านบาท) |
|--|------------------------|
| 1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว | 181,841.1646 |
| 2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ | 4,209.4455 |
| 3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง | 13,506.1662 |
| 4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง | 1,298.9243 |
| 5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ | 1,490.2880 |
| 6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ | 2,180.2280 |
| 7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 5,953.4210 |
| 7.1 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด | 530.9680 |
| 7.2 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร | 2,522.2070 |
| 7.3 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน | 2,900.2460 |
| 8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ | 522.9230 |
| 9. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | 25,383.9605 |
| รวมทั้งสิ้น | 236,386.5211 |
| ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 68,089.6344 |
| รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ) | 168,296.8867 |



| ประเภทบริการ | จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ |
|---|---------------------|
| 1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป | 1,391.20 |
| 2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป | 1,790.73 |
| 3. บริการกรณีเฉพาะ | 503.92 |
| 4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ | 9.64 |
| 5. บริการการแพทย์แผนไทย | 31.90 |
| 6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน | 128.69 |
| รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ) | 3,856.08 |

จาก 30 บาทรักษาทุกโรค ถึง “ 30 บาทรักษาทุกที่ ”

30 บาท รักษาทุกที่ สุขภาพดี เริ่มที่ใกล้บ้าน

- ✓ **ทางเลือกใหม่** (สำหรับอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย) สะดวก ไม่ต้องรอคิว ลดความแออัดในโรงพยาบาล
- ✓ **เขามาได้ตามเวลาที่สะดวก** (ก่อน - หลังเลิกงาน) ได้ที่ร้านยา และคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม

เจ็บป่วยมากต้องทำอะไร

ผู้ป่วยกลับไปหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำของตนเอง กรณีเกินศักยภาพจะส่งต่อไปโรงพยาบาลประจำ ตามสิทธิ/ในเครือข่าย

เจ็บป่วยฉุกเฉิน

อุบัติเหตุ/ไม่ถึงขั้นวิกฤต

- sw.รัฐทุกแห่ง
- sw.เอกชนที่เข้าร่วมกับ สปสช.

วิกฤตถึงแก่ชีวิต

- (เช่น หมดสติ, หายใจไม่ออก, เจ็บหน้าอกรุนแรง)
 - sw.รัฐและเอกชนที่ใกล้ที่สุด (สิทธิ UCEP)

รพ.รัฐสังกัดอื่น เช่น กทม. กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มหาวิทยาลัย เป็น รพ. สำหรับรับส่งต่อ ผู้ป่วยเท่านั้น ต้องใช้ใบส่งตัว

สอบถามเพิ่มเติม



ขั้นตอนการใช้สิทธิ

ยังคงเข้ารักษาได้ที่หน่วยบริการประจำ

ไม่ว่าสิทธิบัตรทอง 30 บาทจะอยู่ที่ไหน ก็ใช้บริการได้ง่ายๆ ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ใช้แค่บัตรประชาชน

หน่วยบริการประจำ



เช็คลิสต์ได้ที่

หน่วยบริการปฐมภูมิ (ได้ทุกแห่ง)

กทม.

- ศูนย์บริการสาธารณสุข
- คลินิกชุมชนอบอุ่น

ต่างจังหวัด

- sw.สต./สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน
- sw.รัฐประจำอำเภอ/จังหวัด (สังกัด สป.)

ร้านยา/คลินิกเอกชน (ที่เข้าร่วม 30 บาทรักษาทุกที่)

- คลินิกหมอ
- คลินิกหมอฝัน
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกแพทย์แผนไทย
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ (ตรวจแล็บ-เจาะเลือด)
- คลินิกพยาบาล
- ร้านยาคุณภาพ
- บริการสุขภาพเชิงรุก (เช่น กั้นถนนในชุมชน ตรวจสุขภาพในห้าง)
- ฯลฯ



30 บาท รักษาทุกที่

ใช้บริการง่ายๆ เพียงสื่งเกต สัญลักษณ์

- ใช้บัตรประชาชนเข้ารับบริการได้ ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว
- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับ สปสช.แล้วรองรับทุกแอปพลิเคชันที่หน่วยบริการใช้
- มีระบบยืนยันตัวตนการรับบริการของผู้ป่วย
- มีระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Referral)



ดูรายชื่อหน่วยบริการที่เข้าร่วม

พบแพทย์ประชาชน ทุกครั้ง เมื่อใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท

สปสช. จัดกลไกให้ข้อมูล ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกกับประชาชน/หน่วยบริการ

01

ประชาชนได้รับประโยชน์ สะดวก รวดเร็ว

02

หน่วยบริการได้รับการสนับสนุน งบประมาณ/จ่ายชดเชยค่าบริการ เร็วขึ้น

03

ใช้ระบบ AI ตรวจสอบก่อนจ่าย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



การบูรณาการระบบข้อมูล
และมี standard data set



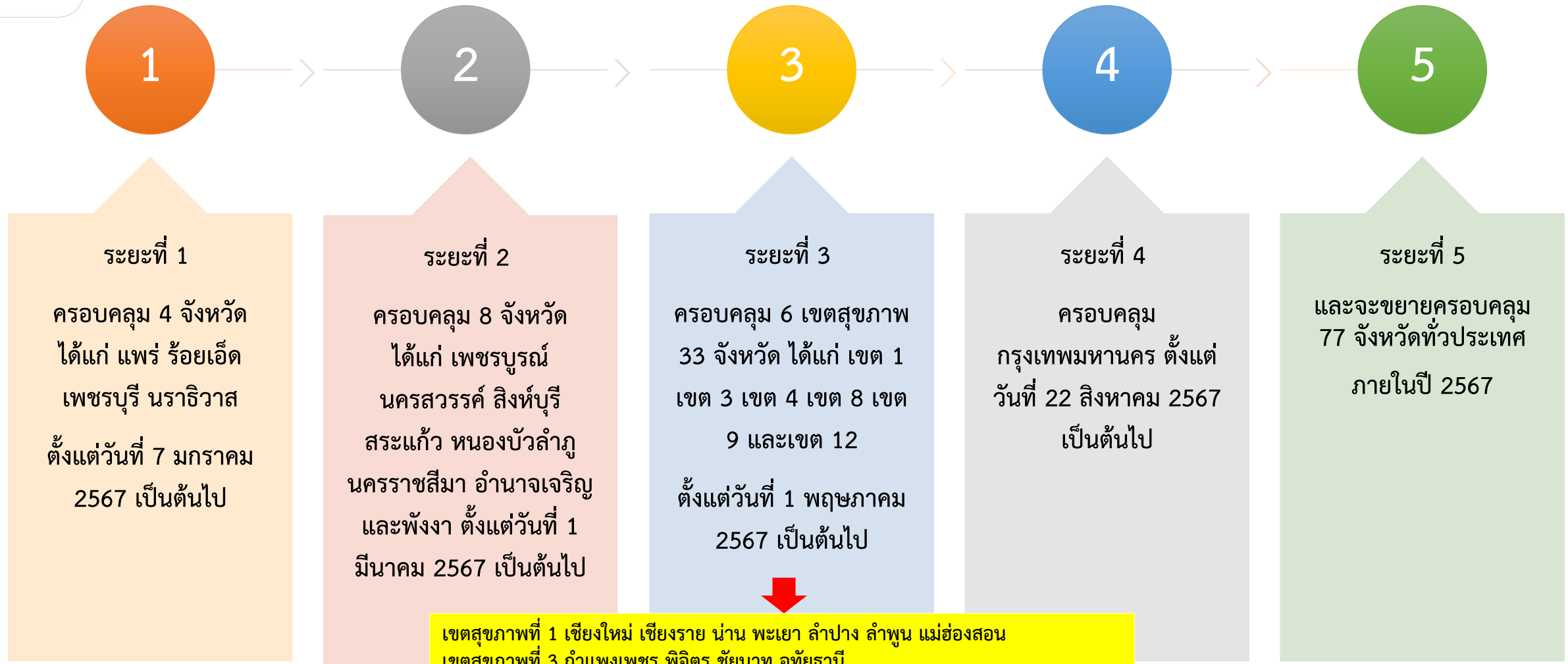
การเชื่อมข้อมูลทุกระบบ
ได้อย่างคล่องตัว



หน่วยบริการส่งข้อมูลบริการ/ข้อมูลเบิกจ่าย
รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน



ระยะเวลาขยายบริการ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ (One ID)



1

ระยะที่ 1
ครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ เพชร ร้อยเอ็ด เพชรบุรี นครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2567 เป็นต้นไป

2

ระยะที่ 2
ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 เป็นต้นไป

3

ระยะที่ 3
ครอบคลุม 6 เขตสุขภาพ 33 จังหวัด ได้แก่ เขต 1 เขต 3 เขต 4 เขต 8 เขต 9 และเขต 12 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 เป็นต้นไป

4

ระยะที่ 4
ครอบคลุม กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2567 เป็นต้นไป

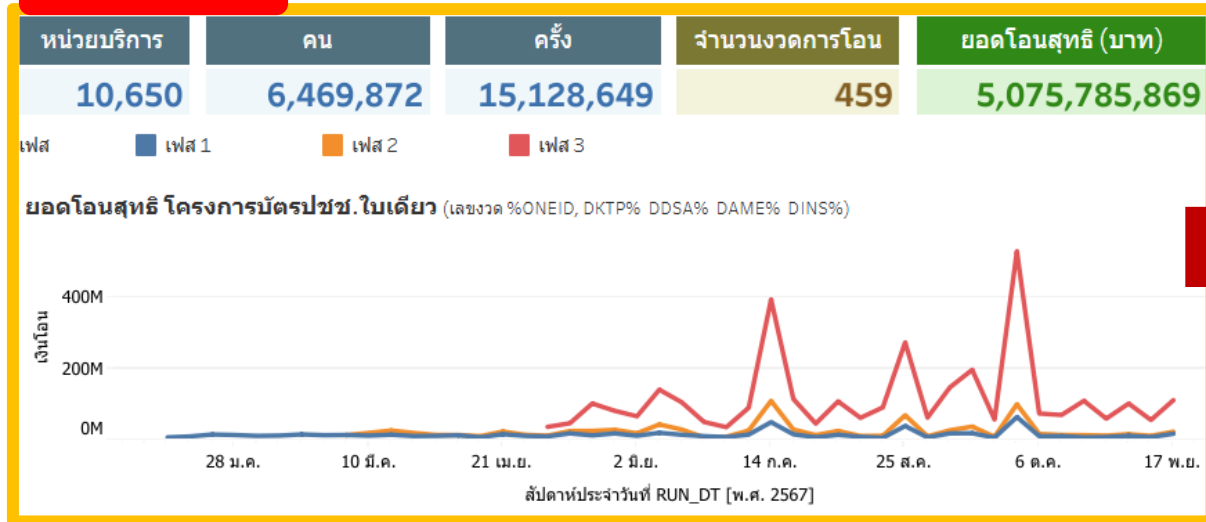
5

ระยะที่ 5
และจะขยายครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ ภายในปี 2567

เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน
เขตสุขภาพที่ 3 กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี
เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี
เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย บึงกาฬ
เขตสุขภาพที่ 9 ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
เขตสุขภาพที่ 12 สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา

ภาพรวมการให้บริการและชดเชยค่าบริการ UC โครงการบัตร ปชช.ใบเดียว

ประเทศ



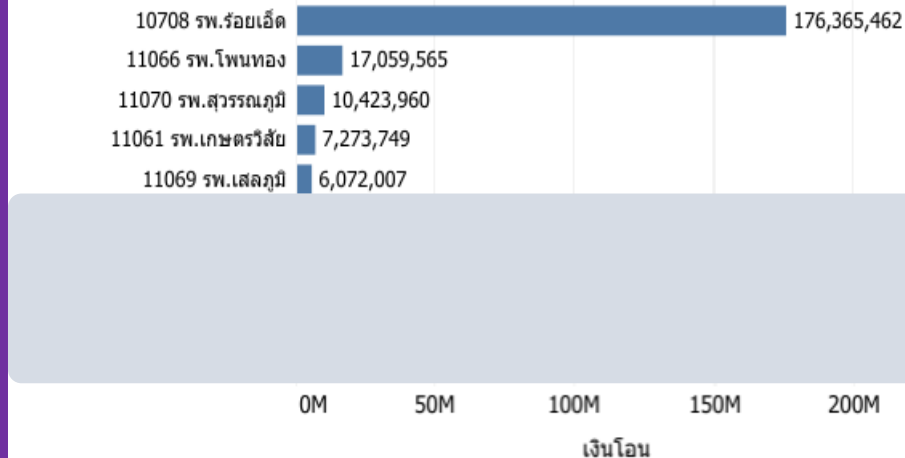
เขต 7 (จ.ร้อยเอ็ด)



ร้อยเอ็ด

| ประเภทหน่วยบริการ | ร้อยเอ็ด | | | |
|-------------------|------------------|---------|-----------|-------------|
| | จำนวนหน่วยบริการ | คน | ครั้ง | เงินโอน |
| โรงพยาบาล | 22 | 175,765 | 481,635 | 249,120,265 |
| คลินิกพยาบาล | 329 | 190,802 | 639,317 | 148,075,351 |
| คลินิกทันตกรรม | 28 | 17,627 | 30,453 | 29,193,941 |
| คลินิกเวชกรรม | 24 | 33,079 | 65,327 | 28,239,094 |
| ร้านยาเภสัชกรรม | 53 | 42,647 | 100,885 | 22,927,343 |
| รพ.สต. | 230 | 93,672 | 130,946 | 5,242,776 |
| คลินิกกายภาพบำบัด | 10 | 395 | 6,668 | 3,109,610 |
| คลินิกแพทย์แผนไทย | 8 | 2,904 | 10,220 | 2,758,872 |
| หน่วยบริการอื่นๆ | 5 | 1,447 | 2,714 | 477,285 |
| เทคนิคการแพทย์ | 2 | 13 | 13 | 1,484 |
| Grand Total | 711 | 412,436 | 1,468,178 | 489,146,020 |

ยอดโอนสุทธิ รายหน่วยบริการ



กรอบการบริหารจัดการ
บริการปฐมภูมิ นวัตกรรมบริการสาธารณสุข
และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีงบประมาณ 2568



งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมป้องกันโรค

1

บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการ
บริการระดับปฐมภูมิ



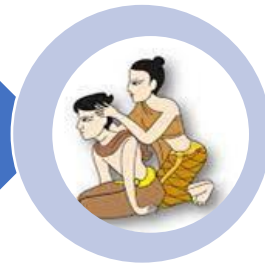
4

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



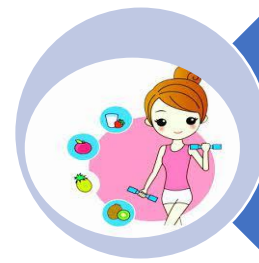
2

บริการการแพทย์แผนไทย และ
การแพทย์ทางเลือก



5

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



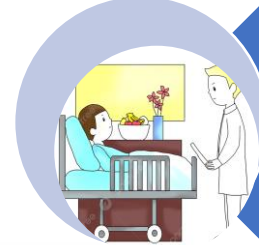
3

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
กายภาพบำบัด



6

บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน
(Home Ward)



จุดเน้น

การขับเคลื่อน

ระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิ

ปีงบประมาณ

2568

1

สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุข

1.1 ยกระดับ 30 บาท รักษาได้ทุกที่ โดยนวัตกรรมบริการรูปแบบใหม่ ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

1.2 คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดย อสม.

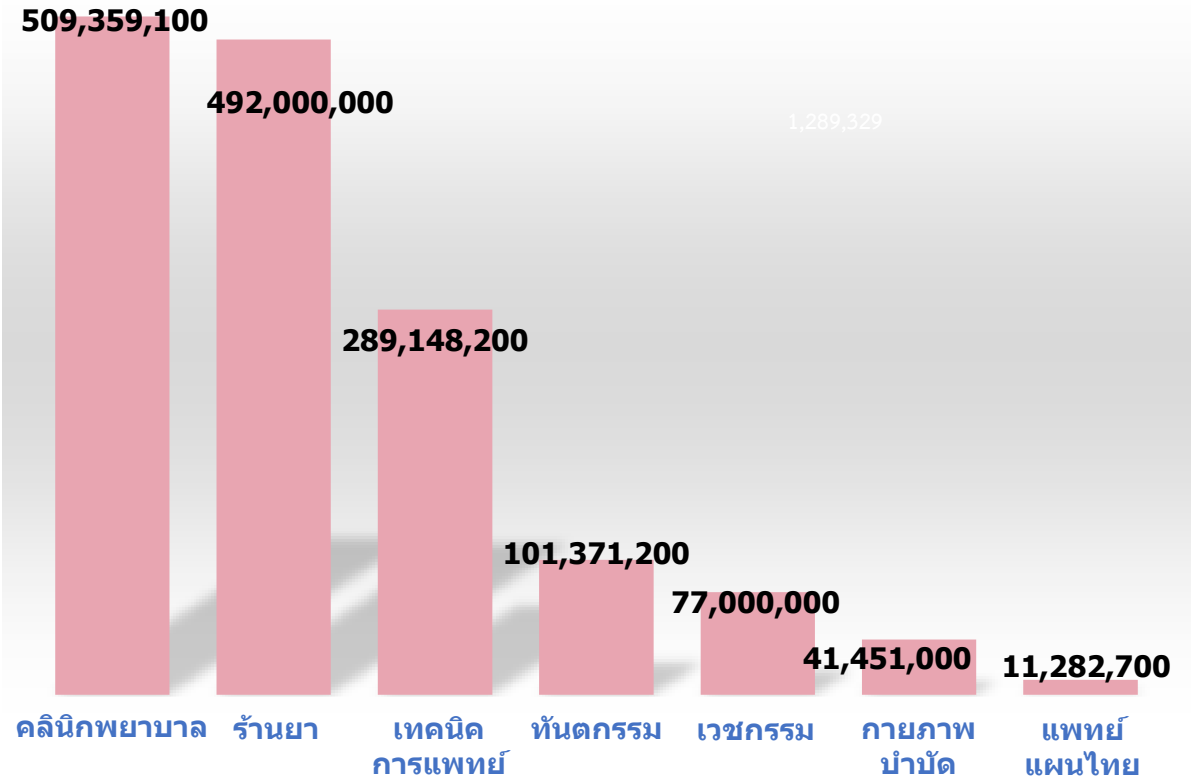
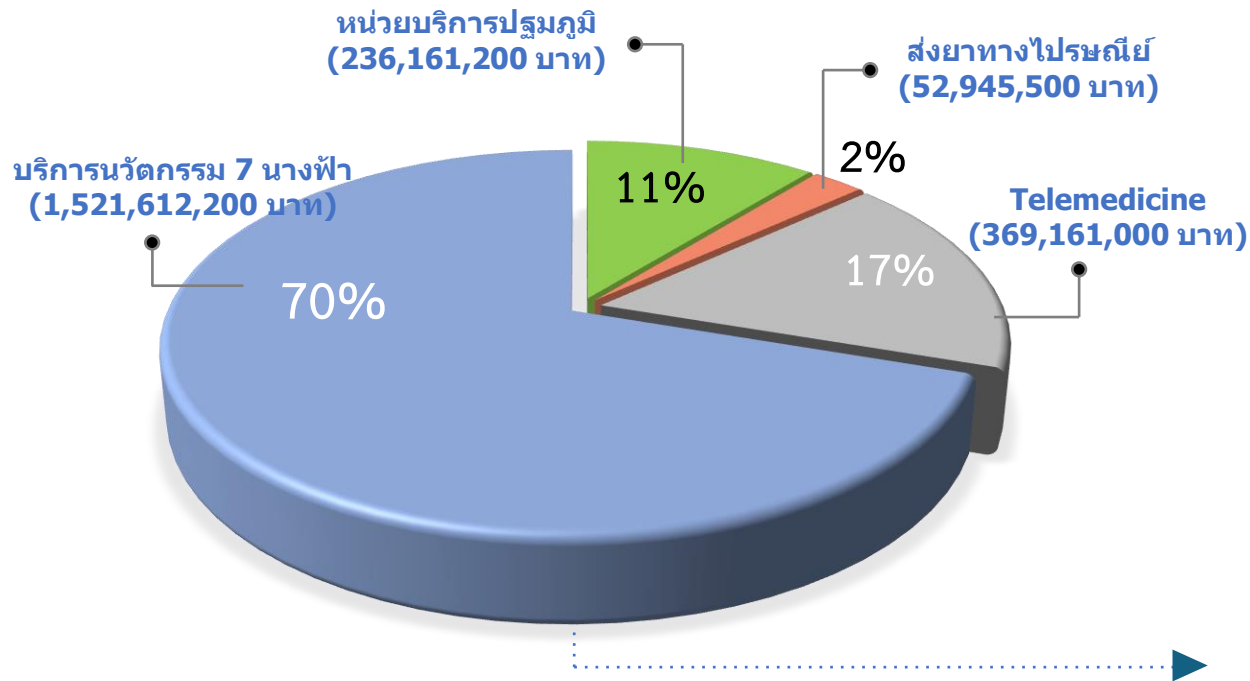
1.3 ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย และสมุนไพรเพื่อการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ

2

เพิ่มรูปแบบนวัตกรรมบริการใหม่ โดยเน้นบริการเชิงรุกในชุมชน การใช้ Self test และ การใช้ Digital Technology

3

ควบคุมกำกับคุณภาพและการดำเนินงานของหน่วยนวัตกรรมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย กลไกจากส่วนกลางและพื้นที่ (ภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สธ. สภาวิชาชีพ สปสช.)



ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2568

2,180,228,000 บาท*

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนวัตกรรม 7 นางฟ้า ภายใต้งบประมาณปีงบประมาณ 2568

1,521,612,200 บาท

*สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างกันได้

1. PHC 2,180.2280 ล้านบาท

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการและชุมชน
2. สนับสนุนการจัดบริการ เพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการ และการรักษาระยะห่างทางสังคม
3. สนับสนุนการจัดบริการในหน่วยนวัตกรรม ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่

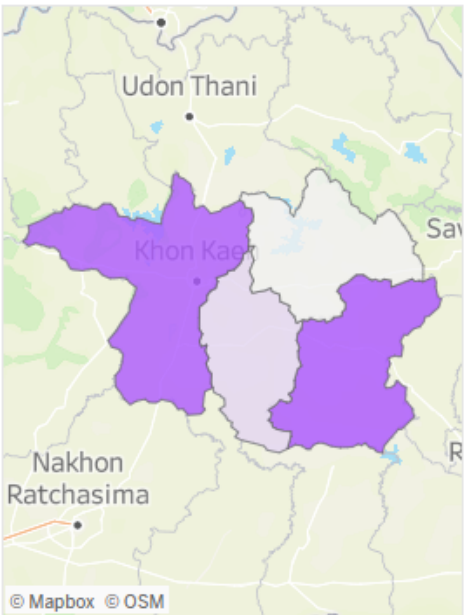
2. บริการนวัตกรรม 7 นางฟ้า ภายใต้งบประมาณ 1,521.6122 ล้านบาท

| 67.1 บริการระดับปฐมภูมิ | 67.2 บริการเภสัชกรรม | 67.3 บริการจัดส่งยาฯ | 67.4 บริการสาธารณสุขทางไกล | 67.5 หน่วยรับส่งต่อเฉพาะการพยาบาลฯ | 67.6 lab นอก /Lab anywhere | 67.7 นวัตกรรมทันตกรรม | 67.8 นวัตกรรมแพทย์แผนไทย | 67.9 นวัตกรรมเวชกรรม | 67.10 นวัตกรรมกายภาพบำบัด |
|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| 236.5093 ลบ. | 492.0000 ลบ. | 52.9455 ลบ. | 369.1610 ลบ. | 509.3591 ลบ. | 289.1482 ลบ. | 101.3712 ลบ. | 11.2827 ลบ. | 77.0000 ลบ. | 41.4510 ลบ. |
| จ่ายให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิใน UCs ตามหลักเกณฑ์ที่สนง.กำหนด | ค่าใช้จ่ายสำหรับ 1.ร้านยา CI 2.ร้านยา Model 1,2,3 | ค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน | ค่าบริการวินิจฉัย ให้คำปรึกษา รักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล | ค่าใช้จ่ายสำหรับ 1.บริการ CI 2.บริการพยาบาลพื้นฐาน | ค่าใช้จ่ายสำหรับ 1.Lab นอกหน่วยบริการ 2. Lab Anywhere | ค่าใช้จ่ายสำหรับ 1.ทันตกรรมในหน่วยบริการ 2.ทันตกรรมเคลื่อนที่ | ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ นวด อบ ประคบ ในหน่วย นวัตกรรม การแพทย์แผนไทย | ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ นวัตกรรมด้าน เวชกรรม | ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ นวัตกรรมด้าน กายภาพบำบัด |

ภาพรวมนวัตกรรม หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (eclaim)

30 ตุลาคม 2024

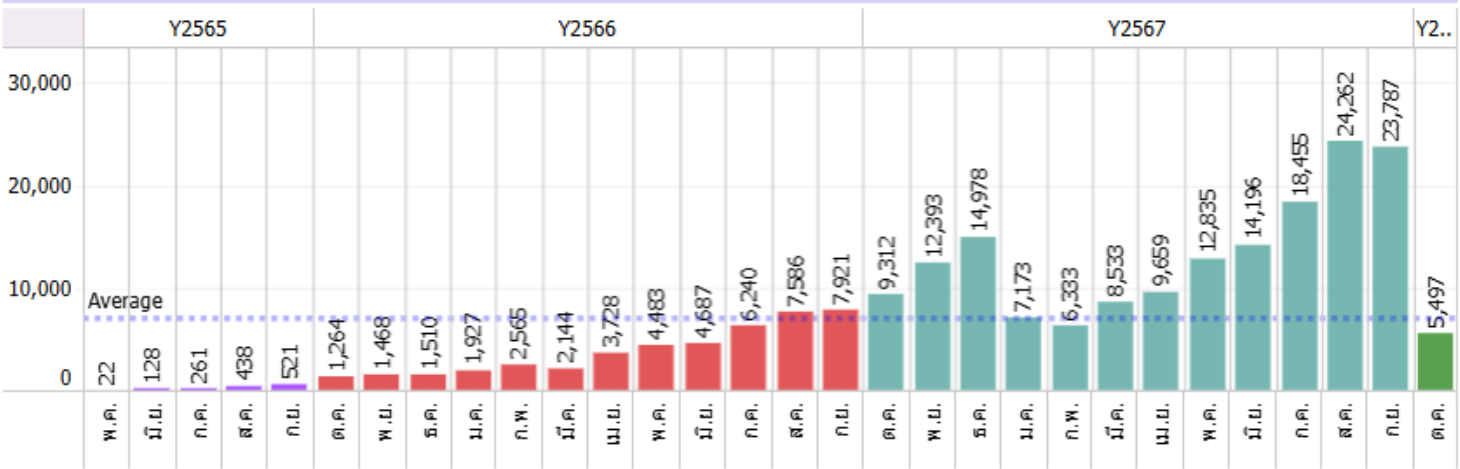
แสดงพื้นที่ที่มีการให้บริการ - จำนวนครั้ง



| หน่วยชั้นทะเบียน | หน่วยเบิก | จำนวนคน | จำนวนครั้ง | จำนวนเงินจ่าย |
|------------------|-----------|---------|------------|---------------|
| 409 | 409 | 87,991 | 214,306 | 105,220,331 |

ปีงบ บริการ: (All) | เขต: เขต 7 ขอนแก่น | จังหวัด: (Multiple val...)

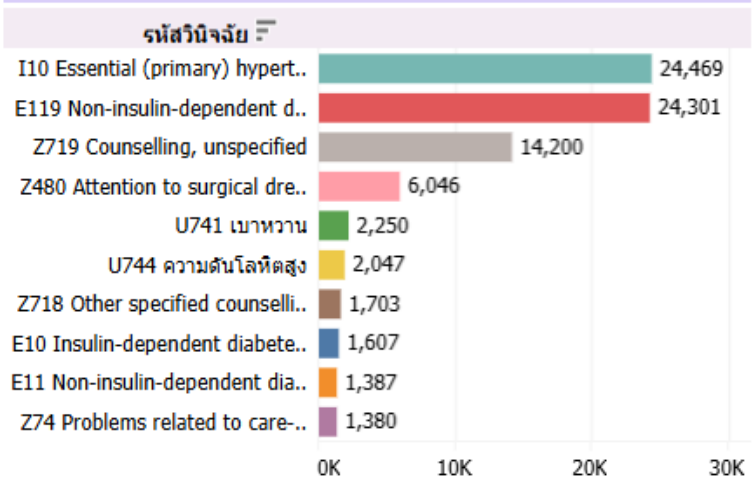
รายเดือน - แนวโน้มจำนวนครั้งการรับบริการ



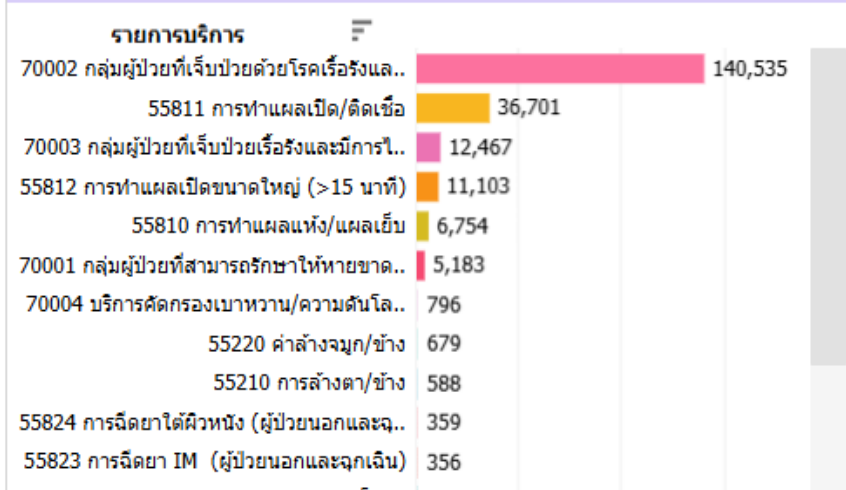
รายจังหวัด (จำนวนครั้ง)



TOP10 - รายโรค (จำนวนคน)



รายการกิจกรรม (จำนวนครั้ง)



รายหน่วยบริการ

| จังหวัด | ชื่อหน่วย | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|---------|-----------|-------|-------|-----------|
| | | 580 | 3,479 | 2,020,180 |
| | | 1,630 | 3,642 | 1,825,020 |
| | | 959 | 3,161 | 1,683,500 |
| | | 642 | 2,397 | 1,091,208 |
| | | 545 | 1,463 | 853,560 |
| | | 540 | 1,154 | 662,660 |
| | | 482 | 1,676 | 643,520 |
| | | 579 | 1,017 | 609,200 |
| | | 661 | 888 | 528,300 |
| | | 335 | 819 | 490,200 |
| | | 350 | 750 | 448,200 |

| จำนวนร้านยาในระบบ UC ทั้งหมด | จำนวนร้านยา (เบิกจ่าย) | % |
|------------------------------|------------------------|------------|
| 311 | 198 | 64% |

| ภาพรวมร้านยาทั้งหมด | | |
|---------------------|----------------|------------------|
| คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
| 90,433 | 211,575 | 34,678,01 |

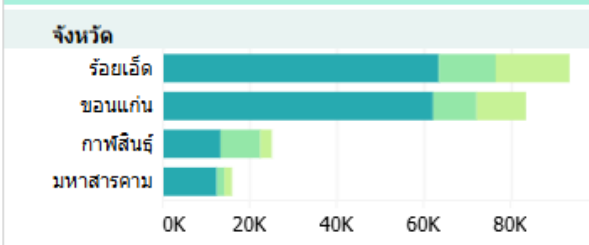
ฝั่ง บริการ: (All)
 เขต: เขต 7 ขอนแก่น
 ครึ่ง (ร้านยา Commom i...
 ครึ่ง (ร้านยา PPFs)
 ครึ่ง (ร้านยา Model)

| ร้านยาลดความแออัด (โมเดล 1 2 3) | | |
|---------------------------------|--------------|----------------|
| หน่วย | คน | เงินจ่าย |
| 82 | 3,557 | 872,270 |

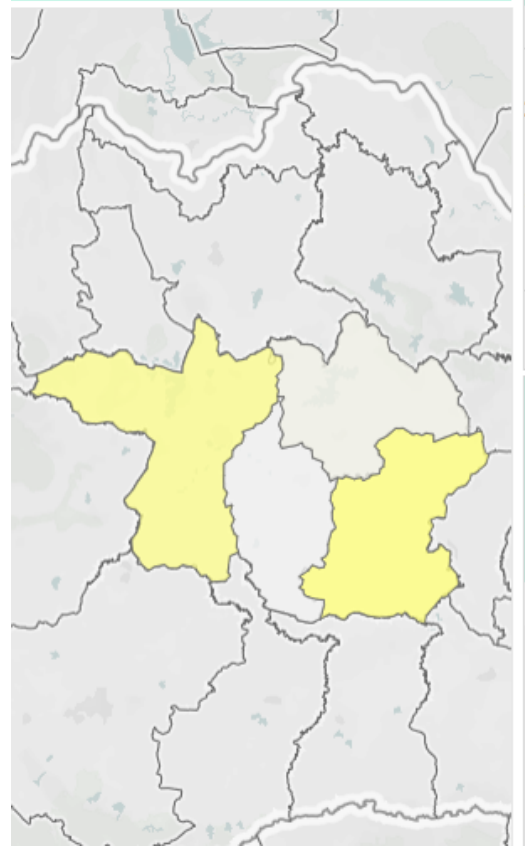
| ร้านยา (Commom illness) | | |
|-------------------------|---------------|-------------------|
| หน่วย | คน | เงินจ่าย |
| 122 | 79,681 | 30,985,120 |

| ร้านยาบริการ (PP FS) | | |
|----------------------|---------------|------------------|
| หน่วย | คน | เงินจ่าย |
| 103 | 14,232 | 3,274,515 |

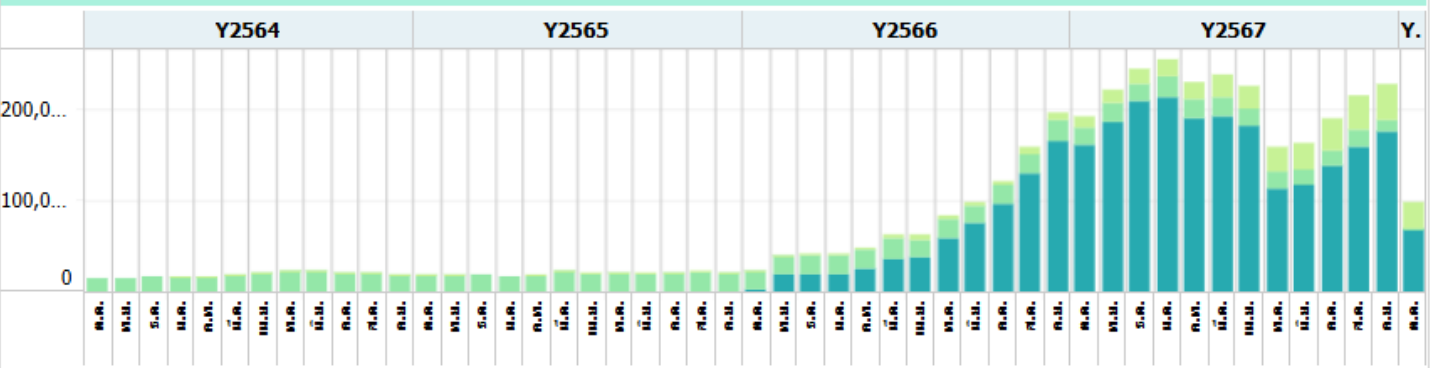
รายหน่วย - แสดงจำนวนครั้งการรับบริการร้านยา



แสดงการกระจายการรับบริการร้านยา



รายฝั่ง บริการ-จำนวนครั้งการรับบริการ



รายเขต - แสดงจำนวนครั้งการรับบริการร้านยา
 เขต:
 ครึ่ง (ร้านยา Commom illness): **152,090**

รายหน่วย - แสดงจำนวนครั้งการรับบริการร้านยา

| จ่าย (ร้านยา.. | คน (ร้านยา Co.. | ครึ่ง (ร้านยา Co.. | เงินจ่าย (ร้าน.. |
|----------------|-----------------|--------------------|------------------|
| 0 | 9,984 | 12,253 | 2,205,540 |
| 180 | 4,876 | 8,908 | 1,603,440 |
| 10,220 | 6,096 | 7,471 | 1,345,140 |
| 40,810 | 5,956 | 6,966 | 1,253,880 |
| 0 | 5,861 | 6,590 | 1,186,200 |
| 99,330 | 3,573 | 4,013 | 722,340 |
| 0 | 3,419 | 3,947 | 710,460 |
| 0 | 2,677 | 3,068 | 552,240 |
| 0 | 2,338 | 2,587 | 465,840 |
| 9,240 | 1,230 | 1,454 | 261,720 |

การให้บริการ New normal กรณี LAB นอกหน่วยบริการ

30 ตุลาคม 2024

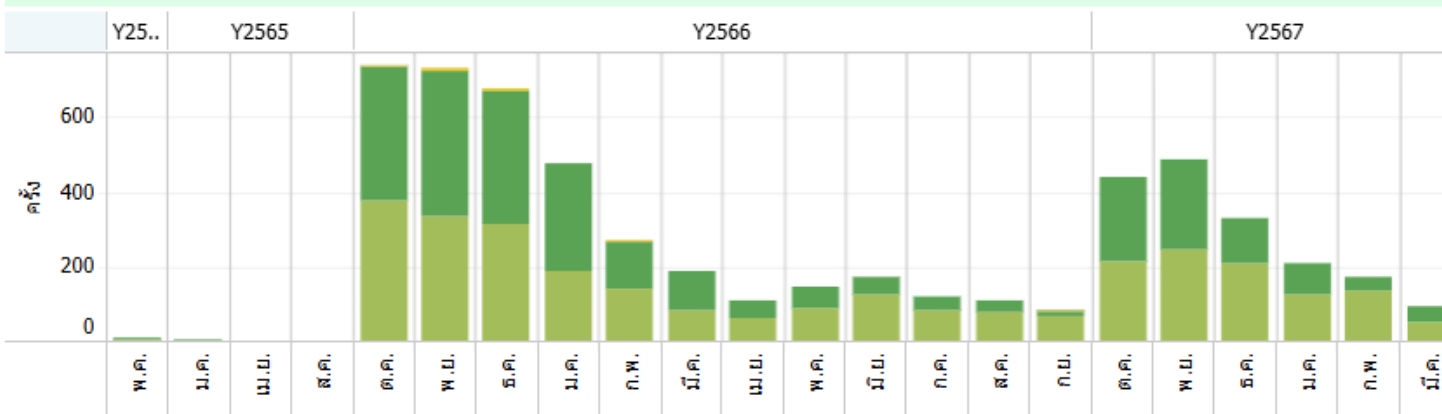
แสดงพื้นที่ที่มีการให้บริการ - จำนวนครั้ง



| ขั้นทะเบียน | หน่วยบริการ | คน | จำนวนครั้ง | จำนวนเงิน |
|-------------|-------------|-------|------------|-----------|
| 1 | 1 | 6,678 | 10,076 | 806,080 |

ปีงบ บริการ: (All) | เขต: เขต 7 ขอนแก่น | จังหวัด: ขอนแก่น

รายเดือน - แนวโน้มการวินิจฉัยโรค



รายจังหวัด- จำนวนครั้งบริการ

| ขอนแก่น | 1,700 | 2,015 |
|---------|-------|-------|
| 0K | 2K | 4K |

กลุ่มโรค - จำนวนคน/จำนวนครั้ง

| GROUP_PDX | คน | ครั้ง |
|--|-------|-------|
| E10-E14 (Diabetes mellitus) | 1,700 | 2,937 |
| I10-I15 (Hypertensive diseases) | 2,015 | 2,627 |
| I60-I69 (Cerebrovascular diseases) | 4 | 4 |
| I20-I25 (Ischaemic heart diseases) | 2 | 2 |
| J40-J47 (Chronic lower respiratory diseases) | 2 | 2 |

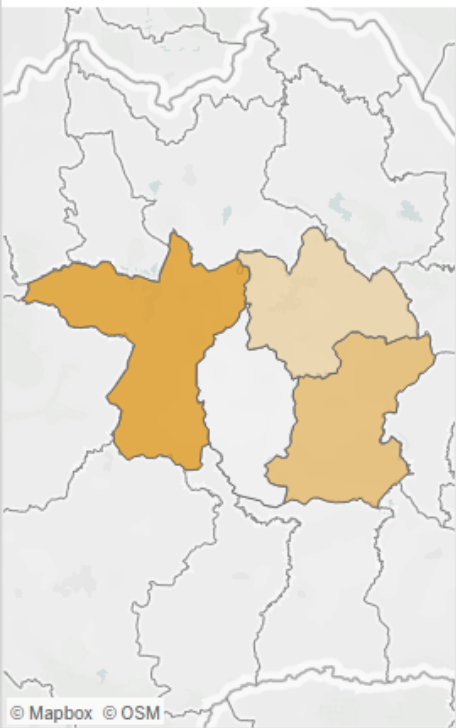
รายเขต - บริการ Lab นอกหน่วย

| เขต 7 ขอนแก่น | 2,937 | 2,627 |
|---------------|-------|-------|
| 0K | 1K | 2K |
| 3K | 4K | 5K |

รายหน่วยบริการ

| เขต | จังหวัด | ชื่อหน่วย | ปีงบ บริการ | | | |
|---------------|---------|---------------|-------------|-------|----------|----|
| | | | คน | ครั้ง | เงินจ่าย | คน |
| เขต 7 ขอนแก่น | ขอนแก่น | 10670 รพ.ขอ.. | 13 | 13 | 1,040 | |

ภาพประเทศการให้บริการ (จำนวนครั้ง)



หน่วยขึ้นทะเบียน

124

จำนวนหน่วย

82

จำนวนคน

63,408

จำนวนครั้ง

133,907

จำนวนเงิน

6,689,870

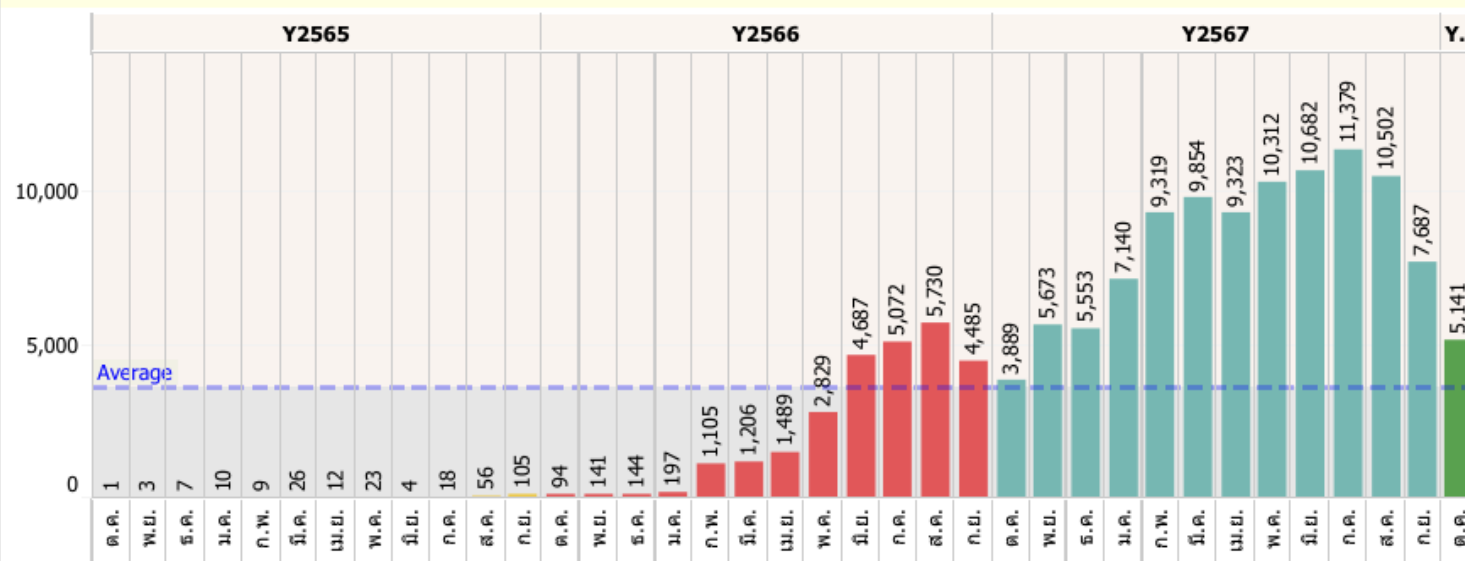
ปีงบ บริการ (All) ▾

เขต เขต... ▾

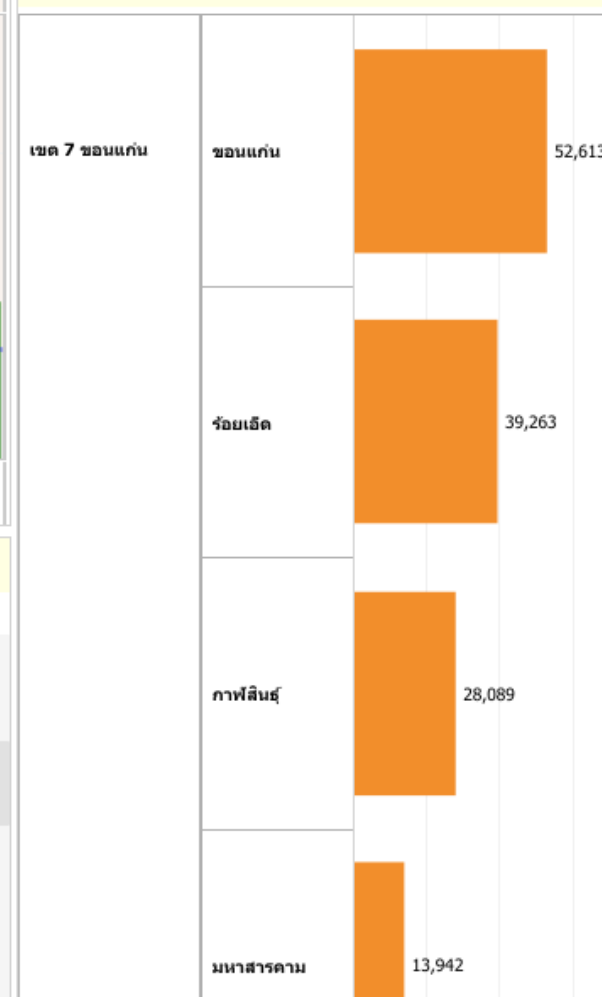
จังหวัด (All) ▾

| ปีงบ .. ไร่ | หน่วย | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|-------------|-------|--------|---------|-----------|
| Y2565 | 4 | 229 | 274 | 8,220 |
| Y2566 | 67 | 19,353 | 27,179 | 1,358,950 |
| Y2567 | 80 | 50,279 | 101,313 | 5,065,650 |
| Y2568 | 50 | 5,016 | 5,141 | 257,050 |

รายเดือน - แนวโน้มการให้บริการ (จำนวนครั้ง)



รายจังหวัด - (จำนวนครั้ง)



รายเขต - (จำนวนเงินจ่าย)



การวินิจฉัยโรค

| รหัส | ชื่อโรค | คน | ครั้ง |
|------|--|--------|--------|
| E11 | Non-insulin-dependent diabetes mellitus | 21,920 | 48,668 |
| I10 | Essential (primary) hypertension | 21,768 | 45,743 |
| F20 | Schizophrenia | 1,475 | 4,309 |
| Z74 | Problems related to care-provider depend.. | 1,326 | 4,088 |
| Z71 | Persons encountering health services for oth.. | 2,579 | 3,183 |

รายหน่วยบริการ

| จังหวัด | รหัส... | HNAME | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|---------|---------|----------------|-------|--------|----------|
| ขอนแก่น | 11001 | รพ.อุบลรัตน์ | 2,312 | 19,925 | 996,2 |
| | 11000 | รพ.น้ำพอง | 2,922 | 6,652 | 332,6 |
| | 11004 | รพ.พล | 2,475 | 3,753 | 187,6 |
| | 11002 | รพ.บ้านไผ่ | 2,157 | 3,224 | 161,2 |
| | 11011 | รพ.เขาสวนกวาง | 1,553 | 2,809 | 140,4 |
| | 10999 | รพ.สีชมพู | 1,831 | 2,335 | 116,7 |
| | 77650 | รพ.เวียงเก่า | 648 | 1,987 | 99,3 |
| | 10996 | รพ.พระยืน | 821 | 1,501 | 75,0 |
| | 11003 | รพ.เขื่อนอุบลฯ | 981 | 1,361 | 68,0 |
| | 11445 | รพ.... | 670 | 1,128 | 56,4 |

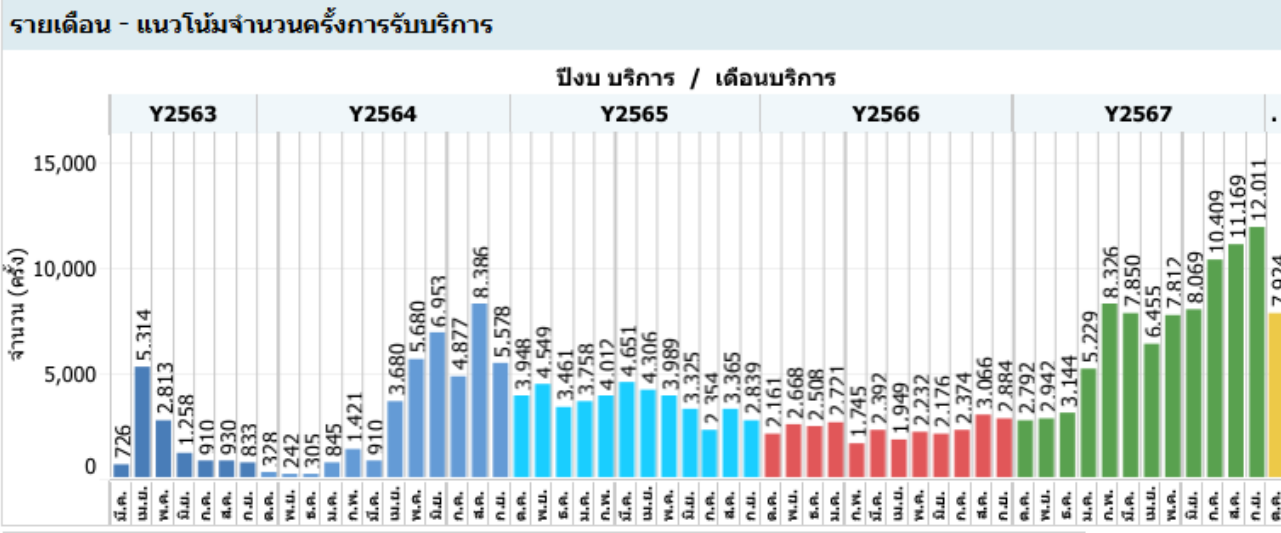
ภาพรวม สงยาทางไปรษณีย์



| จำนวนคน | จำนวนครั้ง | จำนวนหน่วย | จำนวนเงินจ่าย |
|---------|------------|------------|---------------|
| 86,557 | 219,554 | 62 | 10,970,911 |

ปีงบ บริการ: (All)
 เขต: เขต 7 ขอ...

เงื่อนไข
 - รหัสกองทุน "DRUG_DELIVERY"
 - ไม่รวมข้อมูลรหัส Status=4
หมายเหตุ
 สปสข.จ่ายชดเชยเงินให้ รพ. 50 บาท/ครั้ง



รายเขต - จำนวนครั้ง

| | | |
|---------------|---------|--------------|
| เขต 7 ขอนแก่น | ขอนแก่น | 75,245 ครั้ง |
| มหาสารคาม | | 62,194 ครั้ง |
| กาฬสินธุ์ | | 43,989 ครั้ง |
| ร้อยเอ็ด | | 38,126 ครั้ง |

TOP10 - รายโรค

| ร. นี | ชื่อโรค | หน่วย | คน | ครั้ง |
|-------|--|-------|--------|--------|
| I10 | Essential (primary) hypertension | คน | 23,334 | |
| | | ครั้ง | | 43,307 |
| E119 | Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications | คน | 21,793 | |
| | | ครั้ง | | 45,262 |
| E112 | Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with renal complicati.. | คน | 2,100 | |
| | | ครั้ง | | 4,027 |
| J459 | Asthma, unspecified | คน | 1,985 | |
| | | ครั้ง | | 4,136 |
| B24 | Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] .. | คน | 1,465 | |
| | | ครั้ง | | 3,232 |
| G409 | Epilepsy, unspecified | คน | 1,134 | |
| | | ครั้ง | | 2,831 |

รายหน่วยบริการ

| จังหวัด | รหัสหน... | ชื่อหน่วยบริการ | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|-----------|-----------|---------------------|--------|--------|-----------|
| กาฬสินธุ์ | 11449 | รพ.กุดจิกวิทยารักษ์ | 6,202 | 29,513 | 1,474,500 |
| | 11084 | รพ.คำม่วง | 3,354 | 7,454 | 372,500 |
| ขอนแก่น | 10709 | รพ.กาฬสินธุ์ | 1,957 | 4,717 | 235,850 |
| | 12272 | รพ.จิตเวชขอนแก่น.. | 3,250 | 32,724 | 1,634,256 |
| มหาสารคาม | 10670 | รพ.ขอนแก่น | 8,042 | 17,562 | 878,150 |
| | 11011 | รพ.เขาสวนกวาง | 3,187 | 6,185 | 309,250 |
| ร้อยเอ็ด | 10998 | รพ.ชุมแพ | 1,648 | 4,999 | 249,500 |
| | 11002 | รพ.บ้านไผ่ | 3,291 | 4,529 | 226,350 |
| ร้อยเอ็ด | 10707 | รพ.มหาสารคาม | 11,795 | 32,357 | 1,617,805 |
| | 11052 | รพ.โกสุมพิสัย | 7,672 | 20,251 | 1,012,500 |
| ร้อยเอ็ด | 11059 | รพ.นาตาล | 1,690 | 4,450 | 222,500 |
| | 10708 | รพ.ร้อยเอ็ด | 11,756 | 23,768 | 1,187,550 |
| | 11065 | รพ.พนมไพร | 2,128 | 3,213 | 160,000 |

บทบาท สปลช.เขต
ในการสนับสนุน
การดำเนินงาน
เพื่อขับเคลื่อนระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิ

- 1** เชิญชวนสถานพยาบาลเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ และจัดระบบเครือข่ายบริการ กับหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างความเข้มแข็งของบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 2** ปฐมนิเทศ ชี้แจงหน่วยบริการ เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไข ที่สำนักงานกำหนด
- 3** กำกับคุณภาพมาตรฐาน และติดตามผลการดำเนินการของหน่วยบริการ โดย กลไกในพื้นที่ ได้แก่ สสจ. อคม. อปสข. ผู้แทนสภาวิชาชีพในพื้นที่

ปี 2568 (31.9 ต่อผู้มีสิทธิ) ประกาศกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2568 ลงวันที่ 8 ต.ค. 67

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข ฯ ใช้ตามประกาศค่าใช้จ่ายฯ แพทย์แผนไทย 2567 ณ วันที่ 28 ก.ย.67 ไปพลางก่อน

ค่าบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ปี 2567- 2568

บริการแพทย์แผนไทย

1. บริการการแพทย์แผนไทย จ่ายชดเชยตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ดังนี้

- 1) นวด 200 point
- 2) ประคบ 150 Point
- 3) นวดและประคบ 250 Point
- 4) อบสมุนไพร 120 Point
- 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 Point
- 6) **พอกเข้า นวด 300 point (ใหม่)**
- 7) การใช้ยาจากสมุนไพร

7.2 รายการยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบัน 9 รายการจ่ายตามรายการอัตรา (Fee Schedule แบบ Point system with global budget)

7.3 ยาสมุนไพร รายการอื่นๆ 25 Point / รายการยา

7.1 สมุนไพร : گیยาทางการแพทย์จ่ายตามรายการอัตรา Fee Schedule

- 1) ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกมี THC 2.0 mg/ml
- 2) ยา گیยาทั้งห้า
- 3) ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC ไม่เกิน 0.5 mg/drop
- 4) **ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC ไม่เกิน 3 mg/drop**
- 5) ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี THC และ CBD 1:1
- 6) ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1
- 7) ยาแก้ลมแก้เส้น
- 8) ยาสุขไสยาสน์
- 9) ยาทำลายพระสุเมรุ

บริการฝังเข็มและ/หรือฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้า

บริการฝังเข็ม และ/หรือฝังเข็มรวมกระตุ้นไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง การจ่ายตามรายการอัตรา (Fee Schedule) ดังนี้

- 1) บริการฝังเข็ม หรือ บริการฝังเข็มรวมกระตุ้นด้วยไฟฟ้าตามรายการอัตรา ครั้งละ 150 บาท จำนวน 20 ครั้งในระยะ golden period
- 2) จ่ายแบบเหมาจ่าย รายละ 1,000 บาท เมื่อบริการครบ 20 ครั้งและมีผลการบันทึกค่า Barthel index ทุกครั้ง

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568

ปีงบประมาณ 2567 (เดิม)

1. บริการแพทย์แผนไทย

1.1 บริการนวด

1.2 บริการประคบ

1.3 บริการนวดและประคบ

1.4 บริการอบสมุนไพร

1.5 บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด

1.6 บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
อื่นๆ

2. ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจนฯ 9 รายการ

3. บริการกัญชาทางการแพทย์

4. บริการฝังเข็มในผป.Stroke (รายละเอียดอยู่ที่
ประกาศผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ.2566)

ปีงบประมาณ 2568 (ใหม่)

สิทธิประโยชน์ใหม่

1. บริการพอกเช่า (มีผล 1 ส.ค. 67)

2. บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ
สำหรับหน่วยบริการมาตรา 3 เท่านั้น (มีผล 1 เม.ย. 67)

3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน
3 mg/drop (มีผล 1 ต.ค. 66)

ปรับสิทธิประโยชน์เดิม

1. บริการแพทย์แผนไทย (จ่ายตามการส่งข้อมูล)

2. ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน 9 รายการ (จ่ายเป็น คอร์ส)

3. บริการกัญชาทางการแพทย์

(ปรับปริมาณการใช้ยา 1 รายการ, ปรับกลุ่มเป้าหมาย 2 รายการ)

ย้ายรายละเอียดของบริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วยStroke มาอยู่ที่ ประกาศแพทย์แผนไทยฯ

| ปีงบประมาณ 2567 | | ปีงบประมาณ 2568 | |
|-------------------|---|--|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ใช้ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเป็นต้นไป ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ | จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) <u>จ่ายตามการส่งข้อมูล (send date)</u> ประมวลผลจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ งวดที่ 2 ข้อมูลที่ส่งเบิกในไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ | |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง | | |
| อัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 6. ยาสมุนไพร 25 Point /รายการยา * หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน | <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. <u>บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง</u> 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง 7. ยาสมุนไพร 25 Point /รายการยา * หมายเหตุ : * นอกเหนือจากสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ | |
| ระบบเบิกจ่าย | หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim | | |
| ระบบประมวลผล | ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) | | |

บริการพอกเข้า

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

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

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ

ปีงบประมาณ 2568 (สิทธิประโยชน์ใหม่)

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง | | | | | | |
| กลุ่มเป้าหมาย | 1. เด็กพิการทุกประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 2. อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี กรณีอายุมากกว่า 18 ปี พิจารณาตามความจำเป็น และได้รับความยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กพิการ ทั้งนี้ ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือเด็กพิการ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข | | | | | | |
| อัตราจ่าย | มีผลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง</td> <td style="width: 50%;">ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์</td> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์</td> </tr> <tr> <td>2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง</td> <td>ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์</td> </tr> </table> | 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง | ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ | } | รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ | 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง | ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง | ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ | } | รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ | | | | |
| 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง | ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | | | | | | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด | | | | | | |
| ระบบเบิกจ่าย | บันทึกผ่านระบบ Disability Portal | | | | | | |
| ระบบประมวลผล | ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) เป็นรายเดือน | | | | | | |

ยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิผลชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

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

| ปีงบประมาณ 2567 | | | | | |
|-----------------|---------------------|-------------------|--------|------------------------|------------------|
| รหัส | รายการยา | รูปแบบ หรือ หน่วย | ขนาด | ชดเชยอัตรา point/หน่วย | อัตราจ่ายไม่เกิน |
| | | | | | point ต่อ ครั้ง |
| HERB1 | 1. ฟ้าทะลายโจร | แคปซูล | 500 mg | 0.85 | 142.80 |
| HERB2 | 2. ขมิ้นชัน | แคปซูล | 500 mg | 0.79 | 44.24 |
| HERB3 | 3. ประสะมะแว้ง | ยาลูกกลอน | 200 mg | 5.28 | 258.72 |
| HERB4 | 4. ยาแก้ไอมะขามป้อม | ยาน้ำ | 120 ml | 27.90 | 195.30 |
| HERB5 | 5. ยาไพล | ยาครีม (หลอด) | 30 g | 40.77 | 40.77 |
| HERB6 | 6. เถาวัลย์เปรียง | แคปซูล | 500 mg | 0.93 | 58.59 |
| HERB7 | 7. ยาประคบ * | ลูกประคบ | 200 g | 62.76 | 188.28 |
| HERB8 | 8. ยาธาตุดอบเชย | ยาน้ำ | 120 ml | 16.29 | 84.00 |
| HERB9 | 9. ยาสหัสธารา | แคปซูล | 500 mg | 1.16 | 73.08 |

| ปีงบประมาณ 2568 | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| รหัส | รายการยา | อัตราจ่ายไม่เกิน |
| | | บาท / คอร์ส / ครั้ง |
| HERB1 | 1. ฟ้าทะลายโจร | 142.80 |
| HERB2 | 2. ขมิ้นชัน | 44.24 |
| HERB3 | 3. ประสะมะแว้ง | 258.72 |
| HERB4 | 4. ยาแก้ไอมะขามป้อม | 195.30 |
| HERB5 | 5. ยาไพล | 40.77 |
| HERB6 | 6. เถาวัลย์เปรียง | 58.59 |
| HERB7 | 7. ยาประคบ * | 188.28 |
| HERB8 | 8. ยาธาตุดอบเชย | 84.00 |
| HERB9 | 9. ยาสหัสธารา | 73.08 |

หมายเหตุ : * ยาประคบ ชดเชยเฉพาะกรณีส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน ไม่ใช้กรณีรับบริการประคบในหน่วยบริการ

จ่ายให้กับหน่วยบริการตามผลงานบริการ

454.59 ล้านบาท

1. จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) จำนวน 3 หมวด ได้แก่

1.1 ค่าบริการฟื้นฟูแบบเข้มข้น 3 รายการ (ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด) สำหรับ ผู้ป่วยระยะกลาง แบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค

- 1) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 2) สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury)
- 3) การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord injury)
- 4) ภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility)

1.2 ค่าบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living : IL)

1.3 ค่าบริการฝึกทักษะการสร้างควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (O&M)

2. จ่ายตามรายการ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee Schedule) สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องการได้รับฟื้นฟู

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 9 รายการ ได้แก่

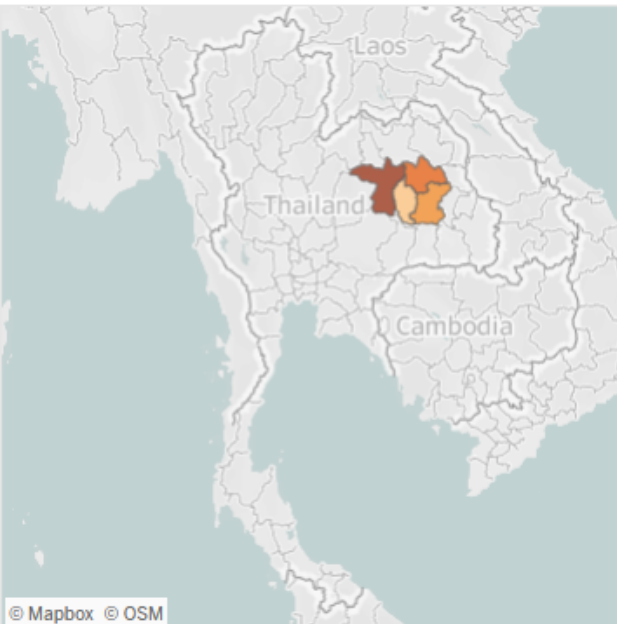
- 1) กายภาพบำบัด
- 2) กิจกรรมบำบัด
- 3) แก้ไขการพูด
- 4) จิตบำบัด
- 5) พฤติกรรมบำบัด
- 6) ฟื้นฟูการได้ยิน
- 7) ฟื้นฟูการมองเห็น
- 8) Early intervention ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
- 9) ฉีดยา phenol block ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ

*ตามประกาศฯ 2567 ณ วันที่ 16 ก.ย.67

**คลินิกกายภาพบำบัด บริการ IMC one ID ใช้งบจาก PHC

ภาพรวม หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

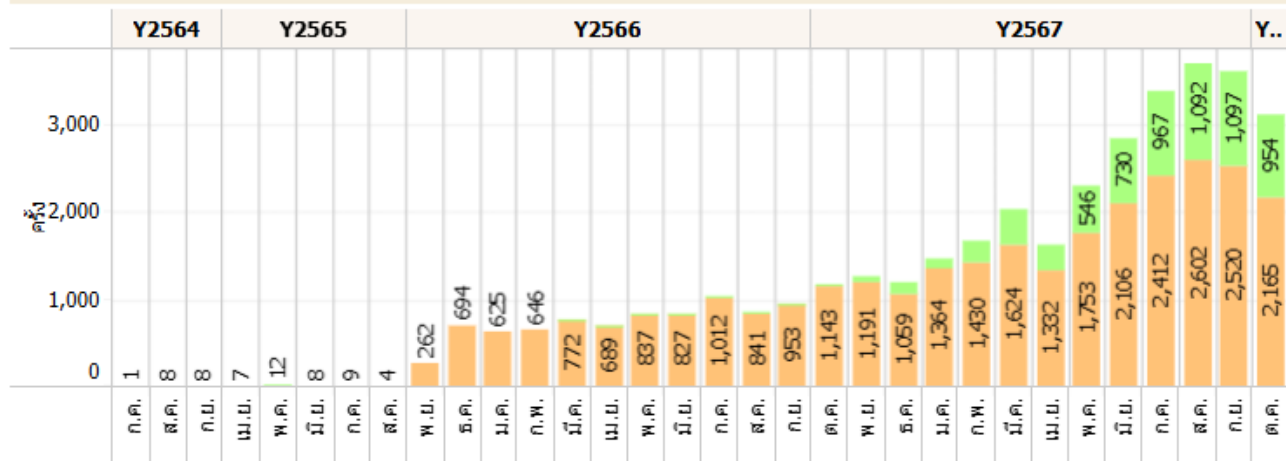
พื้นที่ที่มีการให้บริการ - จำนวนครั้ง



| หน่วยขึ้นทะเบียน | จำนวนหน่วย | จำนวนคน | จำนวนครั้ง | จำนวนเงิน |
|------------------|------------|---------|------------|-----------|
| 26 | 91 | 6,501 | 37,673 | 9,238,100 |

ปีงบประมาณ: (All) | เขต: เขต 7 ขอนแก่น | จังหวัด: (Multiple values)

รายเดือน - แนวโน้มจำนวนครั้งการรับบริการ



รายเดือน - แนวโน้มจำนวนครั้งการรับบริการ

| ปีงบประมาณ | คน | ครั้ง | ครั้ง/คน |
|------------|-------|--------|----------|
| Y2565 | 3 | 40 | |
| Y2566 | 2,432 | 8,249 | |
| Y2567 | 4,210 | 26,248 | |
| Y2568 | 1,024 | 3,119 | |

รายจังหวัด - จำนวนครั้ง

| จังหวัด | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|-----------|-------|--------|-----------|
| ขอนแก่น | 1,975 | 13,096 | 3,669,700 |
| กาฬสินธุ์ | 1,750 | 9,971 | 2,182,700 |
| ร้อยเอ็ด | 1,933 | 8,406 | 1,783,700 |
| มหาสารคาม | 904 | 6,200 | 1,602,000 |

รายเขต - จำนวนครั้ง

| เขต 7 ขอนแก่น | ขอนแก่น | กาฬสินธุ์ | ร้อยเอ็ด | มหาสารคาม |
|---------------|---------|-----------|----------|-----------|
| | 13,096 | 9,971 | 8,406 | 6,200 |

รายหน่วย

| จังหวัด | ชื่อหน... | สถานบริการ | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|------------|----------|---------|-------|----------|-------------|-------|-----------|--|
| | | นอกหน่วย | | ในหน่วย | | | Grand Total | | | |
| | | ครั้ง | เงินจ่าย | คน | ครั้ง | เงินจ่าย | คน | ครั้ง | เงินจ่าย | |
| ทั้งหน่วยนวัตกรรม และ sw. | | 1,884 | 376,800 | 259 | 1,886 | 848,700 | 259 | 3,770 | 1,225,500 | |
| | | 1,221 | 244,200 | 116 | 1,222 | 549,900 | 116 | 2,443 | 794,100 | |
| | | 934 | 186,800 | 108 | 996 | 448,200 | 108 | 1,930 | 635,000 | |
| | | 670 | 134,000 | | | | 103 | 670 | 134,000 | |
| | | 492 | 98,400 | | | | 129 | 492 | 98,400 | |

รายงานผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

- HCODE_PROV...
- Select all
 - ภาพสีนู้
 - ขอนแก่น
 - มหาสารคาม
 - ร้อยเอ็ด

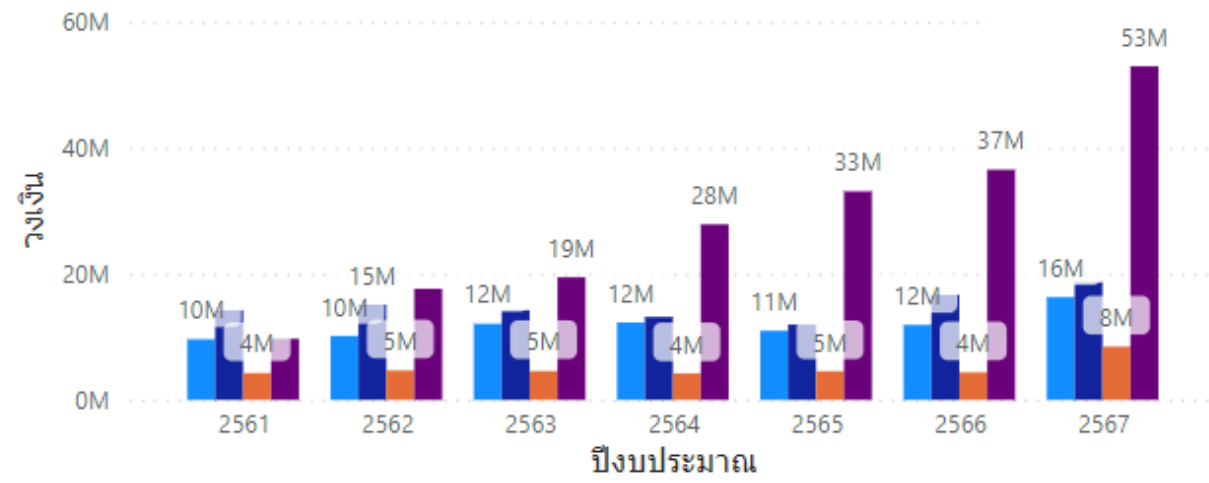
แผนภูมิแสดงแนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

● จำนวนครั้ง ● วงเงิน



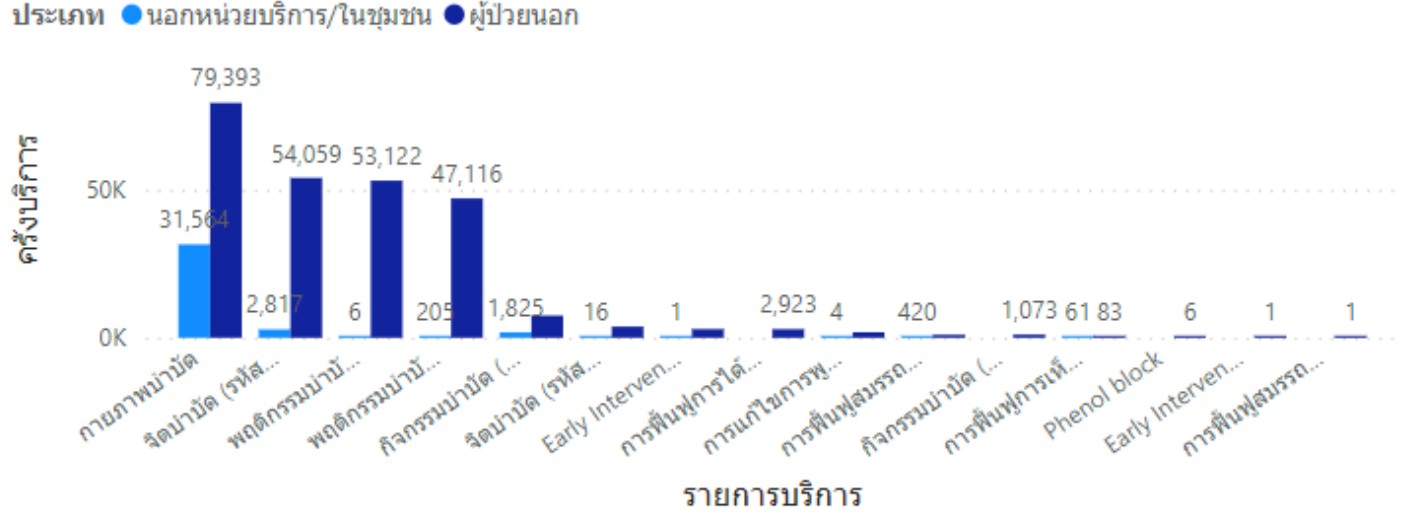
แผนภูมิแสดงแนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

จังหวัด ● ภาพสีนู้ ● ขอนแก่น ● มหาสารคาม ● ร้อยเอ็ด

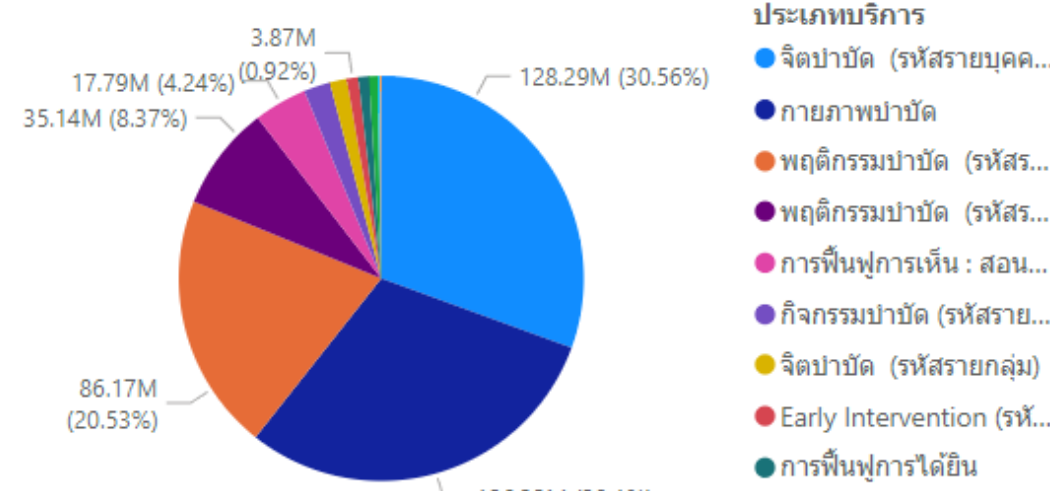


แผนภูมิแสดงแนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รายประเภทบริการ ปี 2565

ประเภท ● นอกหน่วยบริการ/ในชุมชน ● ผู้ป่วยนอก



แผนภูมิแสดงสัดส่วนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถคนพิการ ตามรายบริการ



รายงานผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ กรณีจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

BYEAR

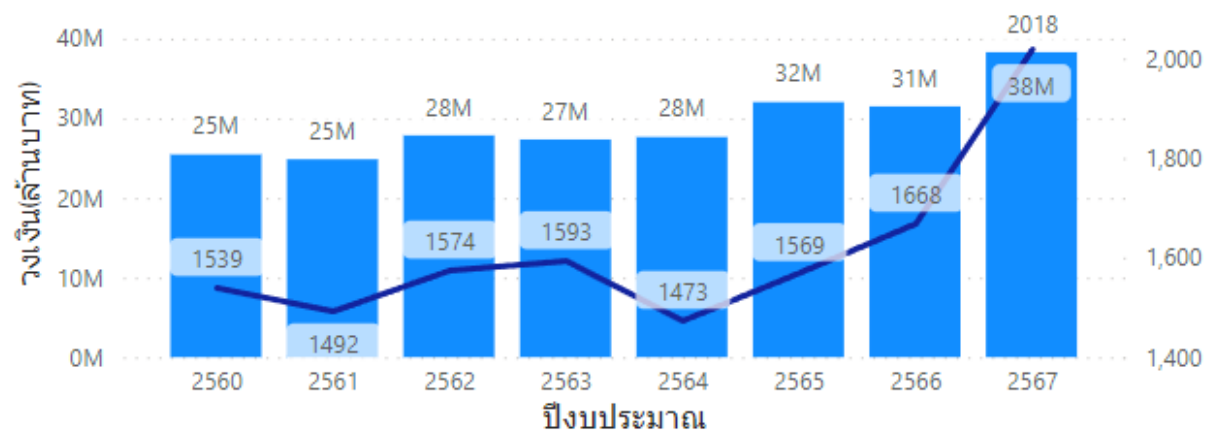
HCODE_PR...

All

All

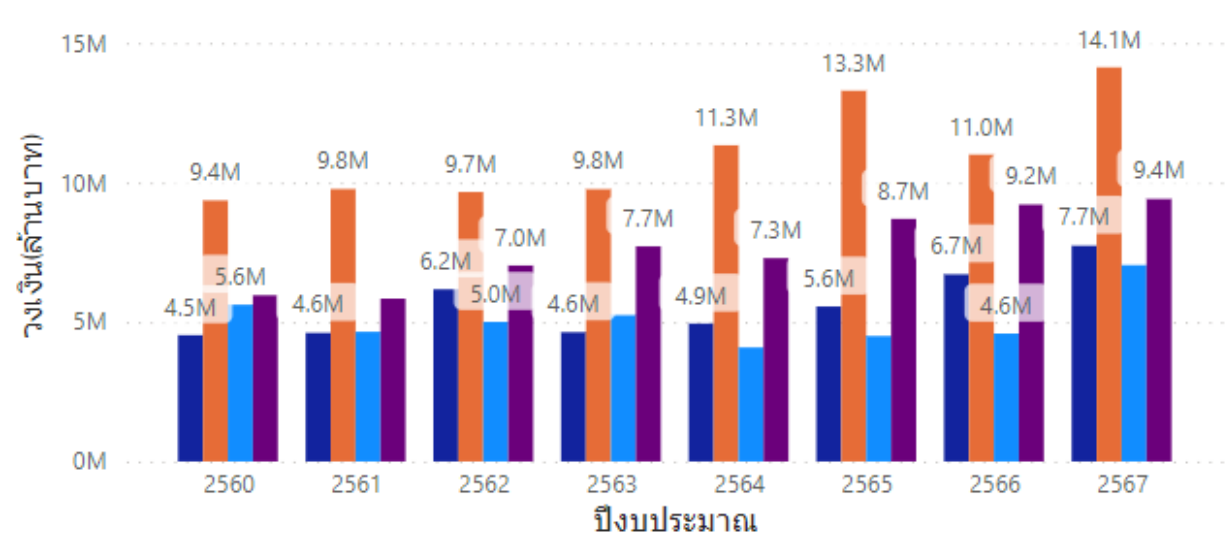
แผนภูมิแสดงแนวโน้มการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

● วงเงิน(ล้านบาท) ● จำนวนคน



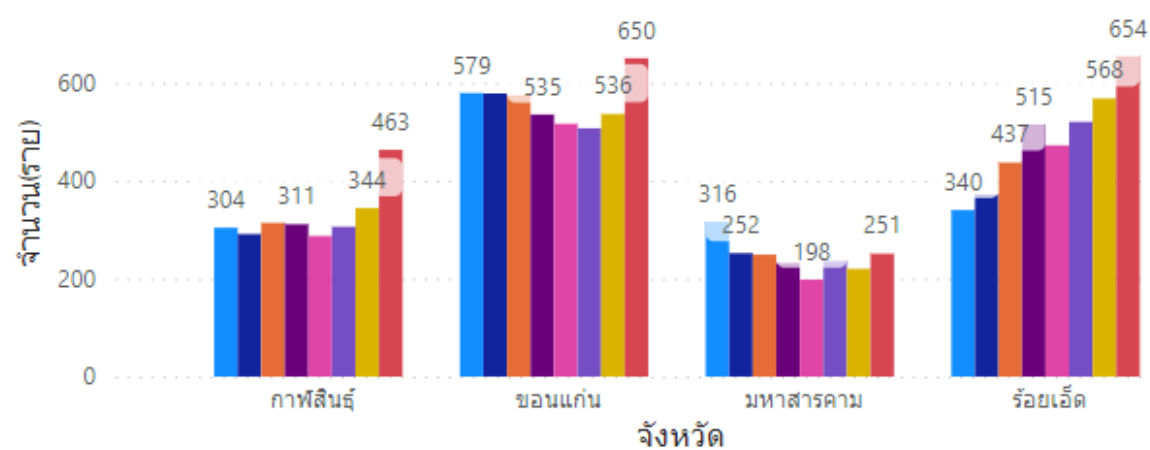
แผนภูมิแสดงแนวโน้มการให้บริการและการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

จังหวัด ● กาฬสินธุ์ ● ขอนแก่น ● มหาสารคาม ● ร้อยเอ็ด

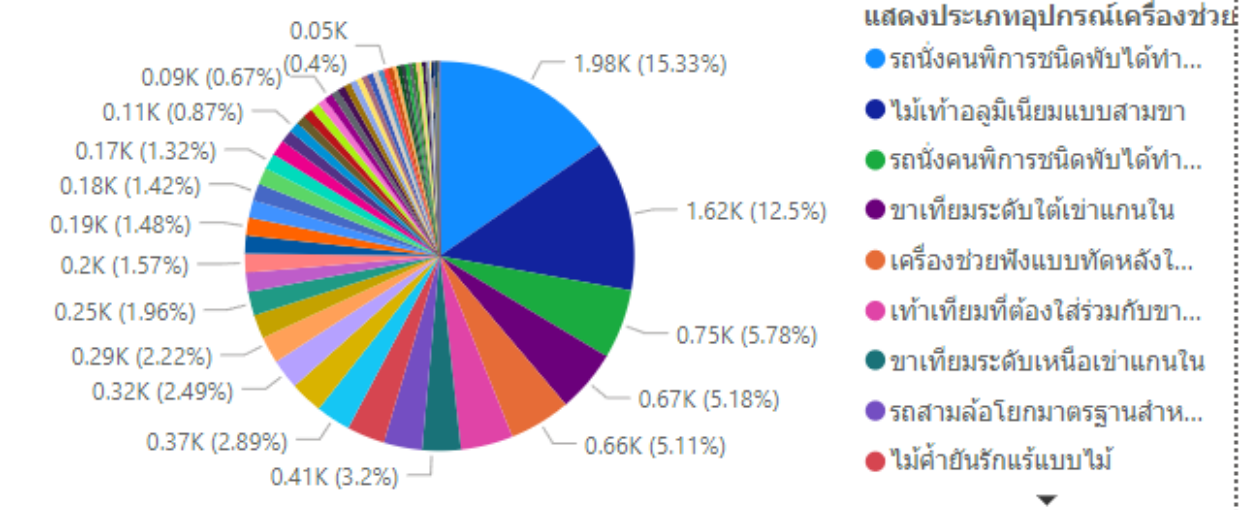


แผนภูมิแสดงแนวโน้มการให้บริการและการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ปีงบประมาณ ● 2560 ● 2561 ● 2562 ● 2563 ● 2564 ● 2565 ● 2566 ● 2567



จำนวนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ by แสดงประเภทอุปกรณ์เครื่องช่วย



1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับประชาชนไทยทุกคน (689.7 ล้านบาท)

| ขอบเขตบริการ | แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย |
|---|--|
| 1) บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTPR) 263 ลบ. 1.1 ค่าบริการเชิงรุก 1.2 ค่าบริการทางคลินิก | 1.1 ชดเชยเป็นเงิน (สัญญา,FS) 1.2 ชดเชยเป็นเงินสำหรับค่าตรวจ STI |
| 2) บริการศูนย์องค์รวม 63.3 ลบ. | ชดเชยเป็นเงิน (สัญญา,FS) |
| 3) บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV) 164.6 ลบ. | 3.1 ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ 3.2 ชดเชยเป็นเงินค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
| 4) บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST) | ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ |
| 5) บริการป้องกันด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี PrEP & PEP 38.2+43 ลบ. | 5.1 ชดเชยเป็นยา 5.2 ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ 5.3 ชดเชยเป็นเงินค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
| 6) ฤงยางอนามัย 149 ลบ. | ชดเชยเป็นฤงยางอนามัยและสารหล่อลื่นจาก เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ |

2. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3,519.7 ล้านบาท

| ขอบเขตบริการ | แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย |
|--|--|
| 1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน 2,959 ลบ | สนับสนุนในรูปแบบของยา จาก เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์ |
| 2) การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ 559.8 ลบ | ชดเชยเป็นเงิน |
| 3) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ | ชดเชยเป็นเงิน |



■■■■■■ HIV 66



■■■■■■ HIV 2

งบบริการ P&P 25,383.9605 ล้านบาท
 ปชก.ทุกสิทธิ 66.371 ล้านคน*

382.45 บาทต่อประชากรไทย (ไม่หักเงินเดือน)

• เป้าหมาย Thai pop จำนวน 66.371 ล้านคน

โดยใช้จำนวนปชก.ไทย ณ 1 เม.ย.67 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

1 Central procurement & NPP
 (32.54 บาท/คน)

1. Central procurement & NPP

- วัคซีน : EPI ตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (รวม Rotavirus, dT ในผู้ใหญ่และหญิงตั้งครรภ์)
- วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
- วัคซีน HPV
- aP ในหญิงตั้งครรภ์
- สมุดบันทึกสุขภาพฯ
- ยายุติการตั้งครรภ์
- ฤกษ์งามยามดี

2. โครงการเพิ่มความสะดวกรและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ ได้แก่

- สายด่วนสุขภาพจิต - สายด่วนเลิกบุหรื
- บริการมิตรภาพบำบัด - สายด่วนวัยรุ่น (ห้องไม่พร้อม)
- ศูนย์ Counseling จิตเวช - บริการฤกษ์งามยามดี

2 PP Basic service
 (345.91บาท/คน)

2.1 เหม่าจ่าย บริการพื้นฐาน
 (262.23 บาท/คน)

ร้อยละ 65 เหม่าจ่าย ตามปชก.
 ด้วยอัตราระดับจังหวัด

ร้อยละ 35 จ่ายตามผลงานบริการ
 เม.ย.66- มี.ค. 67 หรือที่เป็นปัจจุบัน

บริการจ่ายแบบเหม่าจ่ายตาม Workload

1. เด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด
2. เด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
3. เด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์
4. เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร
5. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

2.2 จ่ายบริการ PPFS 27 รายการ
 (83.68 บาท/คน)

ที่มา: ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2568 พ.ศ. 2567 ณ วันที่ 8 ต.ค. 67

3 PPA
 (4 บาท/คน)

1. จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบาย หรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ
2. ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุกโครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย และการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับเขตพื้นที่

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง สำหรับบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2567 -2568

| รายการ | รายการใหม่ที่เพิ่ม | รายการเดิมที่ปรับ |
|---|--|--|
| 1. Central Procurement & NPP | เพิ่ม ปี 67 1) วัคซีนเอนกรชนิดไรโซลส์ (aP) ในหญิงตั้งครรภ์ 1 ครั้ง เพิ่ม ปี 68 (ระหว่างดำเนินการ) 1) บริการมิตรภาพบำบัด 2) สายด่วนวัยรุ่น (ห้องไม่พร้อม) 3) ศูนย์ Counseling จิตเวช 4) บริการรูงยางอนามัย (ดำเนินการตามโครงการ) | ปรับ ปี 67 1) วัคซีนบาดทะยัก คอตีบ (dT) ในหญิงตั้งครรภ์ ปรับความถี่การให้ 0-3 ครั้งแล้วแต่กรณี 2) วัคซีน HPV เด็กหญิง 11-20 ปี เพิ่มเป็น 2 เข็ม (จากเดิม 1 เข็ม) 3) วัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล : กลุ่มผู้ต้องขัง แยกออกจากกลุ่มเสี่ยงเดิมที่กำหนด ให้ระหว่างต้องโทษ 1 ครั้ง/ปี (ประกาศประเภทและขอบเขต จ.6) |
| 2. PPA | ยังคงใช้ประกาศ และหลักการเดิม ปี 68 >>ให้ดำเนินการจัดทำนิติกรรมด้วยโปรแกรม OSS | |
| 3. P&P basic services 3.1 P&P capitation | - | 1) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 15-34 ปี (เริ่ม 1 ต.ค. 67) 2) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี (เริ่ม 1 ต.ค. 67) เดิมปี 67 จ่ายแบบ PPFS >>ปี 68 รวมจ่ายในงบเหมาจ่ายรายหัว |
| 3.2 P&P Fee Schedule | เพิ่ม ปี 67 (ประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67) 1) บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (ประกาศประเภทและขอบเขตฯ จ. 4 ลว 5 ก.ค 66) 2) บริการคัดกรอง และตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีซี (ประกาศประเภทและขอบเขตฯ จ. 4 ลว 5 ก.ค 66) 3) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ 4) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammo & Ultrasound (ประกาศประเภทและขอบเขตฯ จ. 8 ลว 25 เม.ย. 67, ประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67) เพิ่ม ปี 68 (รอประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 จ. 2 : ให้บริการได้ตั้งแต่ 1 ต.ค.67) 1) บริการค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ 20 ม/dose 2) บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด - เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล อายุ 35-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยง (1 ครั้ง/ ปี) - เจาะเลือดวัด Total cholesterol & HDL อายุ 45-70 ปี (1 ครั้งทุก 5 ปี) | ปรับปี 67 (ประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67) 1) บริการฝากครรภ์ รวมการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน 2) บริการคัดกรองซีฟิลิส เพิ่ม กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ เยาวชนและวัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 3) บริการฝังยาคุมกำเนิด แยกการจ่ายเป็น 3.1) บริการค่าฝังยาคุมกำเนิด 3.2) บริการค่าถอดยาฝังคุมกำเนิด 4) บริการสำหรับผู้ต้องขัง โดยเพิ่มบริการ และจำนวนครั้ง บริการคัดกรองวัณโรคด้วย Chest x-rays/ เคลือบฟลูออไรด์/ ฉีด Flu / คัดกรองซีฟิลิส/ตรวจคัดกรอง&ยืนยัน ไวรัสตับอักเสบบีซี (ประกาศประเภทและขอบเขตฯ จ. 6 ลว 5 ม.ค.67, ประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67 : ให้บริการได้ตั้งแต่ 6 พ.ย.66) ปรับปี 68 1. ยกเลิก PPFS 2 รายการ (รอประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 จ.2: ให้บริการได้ตั้งแต่ 1 ต.ค.67) - รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 15-34 ปี - รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี โดย ไปรวมจ่ายในงบเหมาจ่ายรายหัว คงเหลือ บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด 1) เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล อายุ 35-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยง (1 ครั้ง/ ปี) 2) เจาะเลือดวัด Total cholesterol และ HDL อายุ 45-70 ปี (1 ครั้งทุก 5 ปี) 2. บริการค่าแว่นตาเด็ก >>แนวทางการดำเนินงาน เพิ่มการจัดบริการเชิงรุกโดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (ประมาณ 1 ม.ค.68) 3. เพิ่มเงื่อนไข การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ ในการตรวจยืนยันกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ นอกจาก ผล QT ได้แก่ - ผลคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูง - หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า - หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ 4. บริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกเงื่อนไขเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา รวมถึงกรณียุติการตั้งครรภ์จากดาวน์และธาลัสซีเมีย |

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2568

1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

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

หมายเหตุ:

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

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

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

3 กลุ่มอายุ 15-59 ปี (16 รายการ)

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



Adobe Acrobat Document

| รายการใหม่ที่เพิ่ม | รายการเดิมที่ปรับ |
|---|---|
| <p>เพิ่มเติม ปี 67</p> <p>1) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยปัสสาวะ (OV-RDT) ในหน่วยนวัตกรรม</p> <p>2) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เป็นญาติสายตรงป่วยเป็น CA Breast</p> | <p>ปรับปี 67 (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 31 ก.ค. 67 มีผลตั้งแต่ 31 ก.ค. 67)</p> <p>1) บริการฝากครรภ์ - รวมการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน</p> <p>2) บริการฝังยาคุมกำเนิด 1 ครั้งทุก 3ปี แยกการจ่ายเป็น</p> <p>2.1) บริการค่าฝังยาคุมกำเนิด 2,150 บ</p> <p>2.2) บริการค่าถอดยาฝังคุมกำเนิด 350 บ</p> <p>3) บริการคัดกรองซีฟิลิส เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ เยาวชนและวัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p>4) บริการสำหรับผู้ต้องขัง โดยเพิ่มบริการ และจำนวนครั้ง ในรายการ : บริการคัดกรองวัณโรคด้วย Chest x-rays/ เคลือบฟลูออไรด์/บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล / คัดกรองซีฟิลิส/ตรวจคัดกรอง&ยืนยัน ไวรัสตับอักเสบบี ซี</p> <p>5) บริการคัดกรองดาวน์ >>เพิ่มเงื่อนไข การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ ในการตรวจยืนยันกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ที่นอกเหนือจาก ผล Quadruple Test ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้ว ผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูง - หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า - หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ <p>6) บริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกเงื่อนไขเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา รวมถึงกรณียุติการตั้งครรภ์จากดาวน์และซัสซีเมีย</p> |
| <p>เพิ่มปี 68 (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67)</p> <p>1) บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด</p> <p>1.1) เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล อายุ 35-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยง (1 ครั้ง/ ปี)</p> <p>1.2) เจาะเลือดวัด Total cholesterol & HDL อายุ 45-70 ปี (1 ครั้งทุก 5 ปี)</p> <p>2) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค 20 บ/dose</p> | <p>ปรับปี 68 (ตามร่าง ประกาศ PPFS พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง : ผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ต.ค.67)</p> <p>1) ยกเลิกรายการ</p> <p>1.1) รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 15-34 ปี</p> <p>1.2) รายการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี</p> <p>1.3) บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ (รวมในค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค)</p> <p>1.4) บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (รวมในค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค)</p> <p>2) ปรับรายการ</p> <p>2.1) บริการคัดกรองโรคซีฟิลิส มีการเพิ่มวิธีการตรวจ CIA/CLIA หรือ RDT หรือ RPR หรือ VDRL</p> <p>2.2) บริการฝากครรภ์ ปรับเงื่อนไขจากค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ : การตรวจ VDRL เป็นการตรวจคัดกรองโรคซีฟิลิส</p> |

กลไกขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โดย สปสช.เขต

- 1) ชี้แจงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) สนับสนุนหน่วยบริการในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกกลุ่มวัย ตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) สนับสนุนสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และร่วมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 4) เพิ่มหน่วยนวัตกรรมบริการทุกรูปแบบ และกระจายในชุมชน
- 5) สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการเชิงรุก ในสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน และชุมชน
- 6) จัดเครือข่ายระบบบริการ โดยเฉพาะบริการที่ต้องมีระบบการส่งต่อ เมื่อผลการประเมินการคัดกรองผิดปกติ
- 7) กำกับติดตาม ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการในเขตพื้นที่ ทั้งการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ

การพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

สิทธิประโยชน์และขอบเขตบริการ
กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับผู้ต้องขัง
ปีงบประมาณ 2568



ประกาศประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2567

ลงวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2567

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้ต้องขัง

| ลำดับ | รายการบริการ | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ | กลุ่มเป้าหมาย | ความถี่ | หมายเหตุ |
|-------|--|---|--|---|----------|
| ๑ | บริการตรวจคัดกรองวัณโรค | บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray : CXR) | -ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ -ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ | -แรกจับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี -ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง | |
| ๒ | บริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส | ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL) | -ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ -ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ | -แรกจับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี -ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง | |
| ๓ | บริการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและตรวจยืนยัน | -ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย Anti-HCV -การตรวจการทำงานของตับ เพื่อดูค่าการอักเสบของตับ (AST, ALT) | -ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ -ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ | -แรกจับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี -ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง | |
| ๔ | บริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ | คัดกรองโรคไม่ติดต่อ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (FBS, BUN, Cr, Lipid profile, LFT, UA exam. etc) | -ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ | -แรกจับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี | |
| ๕ | บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจิต | -การคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย -การคัดกรองภาวะสุขภาพจิต | -ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ -ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ | -แรกจับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี -ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง | |

| ลำดับ | รายการบริการ | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ | กลุ่มเป้าหมาย | ความถี่ | หมายเหตุ |
|-------|--|--|--|---|----------|
| | | -การบริการให้คำปรึกษา หรือรักษา ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช -การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังป่วย จิตเวชก่อนปล่อย -การติดตามดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ภายหลังปล่อยตัว | | | |
| ๖ | บริการด้านทันตกรรม ป้องกัน | ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและการเคลือบ ฟลูออไรด์ | ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ | อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อปี | |
| ๗ | บริการคัดกรองโรคโควิด 19 และโรคติดต่อระบบทางเดิน หายใจ | คัดกรองโรคโควิด 19 หรือคัดกรอง โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Influenza virus-A, B, IgG/IgM (ELISA) | -ผู้ต้องขังแรกรับ (ภายใน ๓๐ วัน) -ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ -ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ | -แรกรับ ๑ ครั้ง -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี -ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง | |
| ๘ | วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ | ค่าวัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ และค่าฉีด | ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ | -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี | |
| ๙ | บริการคัดกรองโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินอาหาร | ตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเอ RIA หรือ ELISA หรือ IgM anti HAV | ผู้ต้องขังที่ปฏิบัติงานสุททกรรม | -ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี | |
| ๑๐ | การตรวจสุขภาพทั่วไป | คัดกรองและตรวจโรคผิวหนัง และตรวจวัดสายตาเบื้องต้น | ผู้ต้องขังที่ปฏิบัติงานสุททกรรม | อย่างละ ๑ ครั้ง ต่อปี | |

การบูรณาการ
สิทธิประโยชน์และขอบเขตบริการ
กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค ร่วมกับกองทุนสุขภาพอื่น
ปีงบประมาณ2568



1. การบูรณาการการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

เริ่ม 1 เม.ย. 2567

ขอบเขตความร่วมมือของ 2 หน่วยงาน :

- 1) **บูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูล** ทะเบียนผู้มีสิทธิ ทะเบียนสถานประกอบการ ทะเบียนหน่วยบริการ ข้อมูลสิทธิประโยชน์ (**บริการ P&P สปสช. และ บริการตรวจสุขภาพประจำปี สำนักงานประกันสังคม**) ข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยเพื่อใช้ควบคุม ดูแล และติดตามการปฏิบัติงานร่วมกัน
- 2) **ประชาสัมพันธ์ชี้แจงข้อมูล** เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้และทำความเข้าใจเรื่องการจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อประชาชน หน่วยบริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเป็นไปตามภารกิจของแต่ละฝ่าย

หน้าที่ความรับผิดชอบ :

สำนักงานประกันสังคม

- รับผิดชอบจ่ายค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับหน่วยบริการ **สำหรับผู้ประกันตนต่างชาติ/ต่างด้าว** และ**ในรายการเสริม/เพิ่มเติมสำหรับผู้ประกันตน** ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์ประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม
- **ประสานสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก** เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. จัดทำฐานข้อมูลและจัดส่งข้อมูลให้สำนักงานประกันสังคม

- ข้อมูลสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ.2545 เช่น รหัส/ชื่อสถานพยาบาล ประเภทรายการให้บริการหรือสถานที่ตั้ง
- ข้อมูลการจ่ายค่าบริการ P&P ตามรายการที่อยู่ในเงื่อนไขหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคมจากหน่วยบริการในการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายซึ่งสอดคล้องกับชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- ข้อมูลสุขภาพรายบุคคลของผู้ประกันตนทั้งหมด (Personal Health Record)

2. รับผิดชอบจ่ายชดเชยค่าบริการ P&P ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ

ผู้ประกันตนคนไทยทุกคน ตามกิจกรรม/รายการด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค (**PP- Fee Schedule**) ทั้งนี้ ตามที่ คกก.หลักประกันสุขภาพฯ กำหนดหรือตามมติ ครม. ที่เกี่ยวข้อง

3. จัดให้มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อบริหารจัดการข้อร้องเรียน ในด้านมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการในสิทธิรายการพื้นฐาน เช่น สายด่วน สปสช. 1330 และแจ้งข้อมูล/ข่าวสารให้กับสำนักงานประกันสังคมเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

2.การบูรณาการการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้มีสิทธิข้าราชการร่วมกับกรมบัญชีกลาง



21 ส.ค. 67

ประชุมร่วม สปสช. และกรมบัญชีกลาง
โดยกรมบัญชีกลาง (กบค.)
เสนอให้มีการบูรณาการจัดระบบ
บริการ P&P และ LTC

ปีงบประมาณ 2568

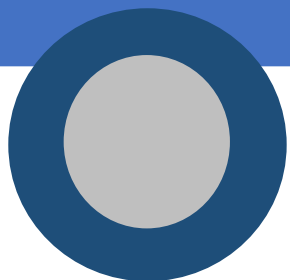
- วางแผนจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง สปสช. และ กบค.
- เตรียมเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการร่วมกัน รวมถึงเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (CSMBS) รับรู้ และเข้าถึงบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้น

ปีงบประมาณ 2569

กรมบัญชีกลางมีนโยบายให้ ผู้มีสิทธิ CSMBS สามารถเบิกจ่ายตรง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้



การบริหารจัดการ และแนวทางการดำเนินงาน
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีงบประมาณ 2568



บริการผู้ป่วยใน



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยใน (IP)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2567

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

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

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

| บริการปี 2567 | | บริการปี 2568 | |
|-------------------|--|--|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้ที่กำหนด แนบท้ายประกาศ 2. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง 3. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) ตามแนบท้ายประกาศ และเฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval | <p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)</p> | |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข) | | |
| อัตราจ่าย | <p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. กรณีบริการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ (กลุ่ม DRGs 07100) จำนวนอัตราจ่ายตาม RW บวกเพิ่มค่าคงที่ $K = 0.7905$ | <p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง | |
| โปรแกรม | e-Claim | | |

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

| บริการปี 2567 | | บริการปี 2568 |
|-------------------|--|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | <p>1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องตามประกาศ</p> <p>2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ</p> | |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข) | |
| อัตราจ่าย | <p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) จำนวนอัตราจ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนดและจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K) | <p>จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) จำนวนอัตราจ่ายตาม AdjRW ของ TDRGs Version 6.3 และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง |
| โปรแกรม | e-Claim | |

ตารางแสดงผลการเบิกจ่าย ODS&MIS หน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 7 ขอนแก่น (หน่วยนับ : บาท)

| HNAME | ≡ | BYEAR / OP_TYPE | | | | | | | | Grand Total |
|---------------------------------|---|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|
| | | 2565 | | 2566 | | 2567 | | 2568 | | |
| | | MIS | ODS | MIS | ODS | MIS | ODS | MIS | ODS | |
| รพ. ขอนแก่น | | 7,660,153 | 5,034,932 | 10,444,866 | 12,482,792 | 13,412,806 | 16,757,434 | 919,097 | 1,989,609 | 68,701,688 |
| รพ. ร้อยเอ็ด | | 10,193,059 | 497,179 | 10,700,402 | 3,609,415 | 11,470,646 | 9,967,621 | 1,188,053 | 1,921,877 | 49,548,252 |
| รพ. กาฬสินธุ์ | | 6,738,997 | 726,794 | 7,788,751 | 3,238,896 | 7,295,205 | 7,298,749 | 545,214 | 698,092 | 34,330,699 |
| รพ. มหาสารคาม | | 4,523,381 | 1,808,879 | 4,092,550 | 8,962,557 | 3,154,137 | 8,434,553 | 173,361 | 971,890 | 32,121,309 |
| รพ. ชุมแพ | | 4,283,289 | 752,675 | 3,183,843 | 6,211,416 | 3,467,633 | 5,512,577 | 583,881 | 1,131,724 | 25,127,038 |
| รพ. เกษตรวิสัย | | 2,818,640 | 729,377 | 3,296,746 | 641,403 | 2,438,764 | 1,868,620 | 293,545 | 91,007 | 12,178,102 |
| รพ.ร.กุดจิก | | | | 191,902 | 2,137,109 | 1,482,633 | 6,042,080 | 155,235 | 121,291 | 10,130,250 |
| รพ. ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยข... | | | | 2,701,870 | 16,113 | 6,537,714 | 35,149 | 148,451 | | 9,439,298 |
| รพ. บรบือ | | | | | 1,859,635 | | 6,876,357 | | 517,273 | 9,253,264 |
| รพ. โพนทอง | | | 108,871 | 546,911 | 1,564,076 | 795,237 | 2,838,739 | 42,002 | 565,931 | 6,461,767 |
| รพ. สิรินคร จังหวัดขอนแก่น | | 1,059,891 | 33,120 | 1,294,264 | 685,027 | 2,894,070 | 38,560 | 210,747 | | 6,215,680 |
| รพ. ยางตลาด | | | | | 2,898,328 | | 1,749,520 | 21,001 | 245,655 | 4,914,504 |
| รพ. สุทธาเวช คณะแพทยศาสต... | | | 1,187,426 | | 1,594,590 | 15,121 | 1,172,733 | | 102,635 | 4,072,505 |
| รพ. บ้านไผ่ | | | | | 636,329 | | 3,014,286 | 21,001 | 145,308 | 3,816,925 |
| รพ. สุวรรณภูมิ | | | | | 814,248 | | 2,012,057 | | 466,778 | 3,293,083 |
| รพ. พล | | | 51,144 | | 371,349 | | 1,792,423 | | 51,797 | 2,266,713 |
| รพ. พยัคฆภูมิพิสัย | | | | | 778,994 | | 1,251,960 | | 54,790 | 2,085,745 |
| รพ.ร.กระนวน | | | | | 236,294 | | 1,563,797 | | 124,472 | 1,924,563 |
| Grand Total | | 37,277,411 | 10,930,396 | 44,242,106 | 48,738,571 | 52,963,966 | 78,227,216 | 4,301,588 | 9,200,129 | 285,881,383 |

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

บริการปี 2567

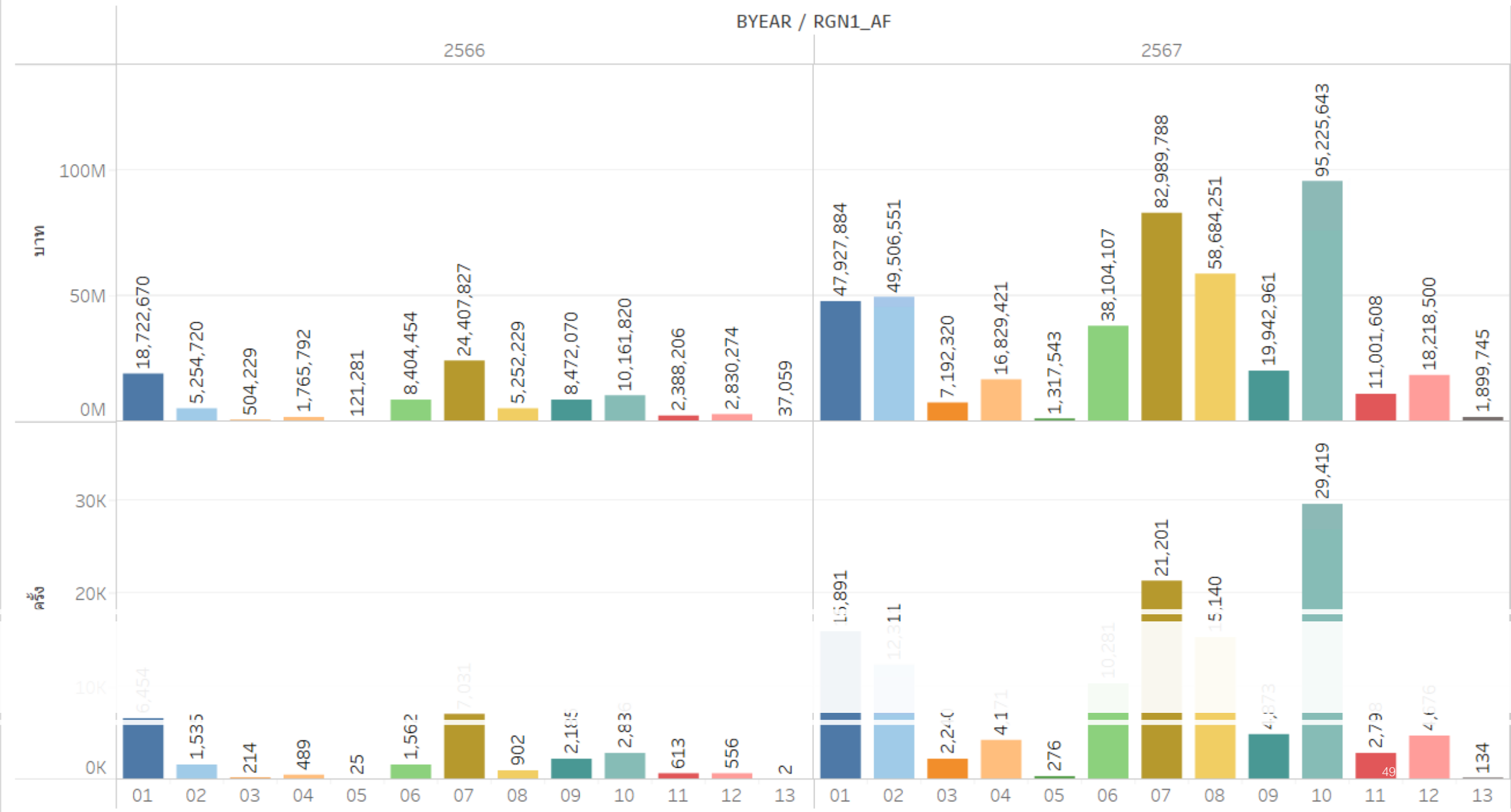
บริการปี 2568

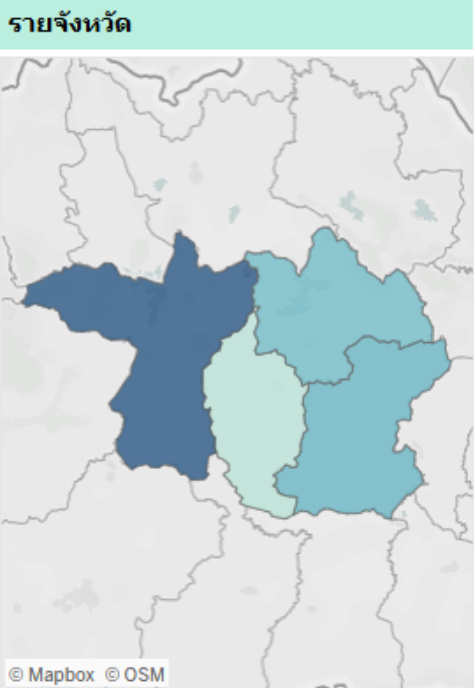
| | | |
|-------------------|---|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน | |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์ | |
| อัตราจ่าย | 1. DRGs อัตรา 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง 2. กลุ่มจิตเวชและการบำบัดยาเสพติด จ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) | 1. จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW 2. อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง |
| โปรแกรม | ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED | |

อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ เพื่อขยายบริการใน 4 กลุ่มโรค ดังนี้

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

ผลงานการให้บริการกรณีผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward





หน่วยขึ้นทะเบียน

75

การขอ Authentication ก่อนให้บริการ (Amed)

| หน่วย | คน | ครั้ง |
|-----------|---------------|---------------|
| 90 | 18,896 | 22,002 |

หน่วย

62

จำนวนคน

12,771

จำนวนครั้ง

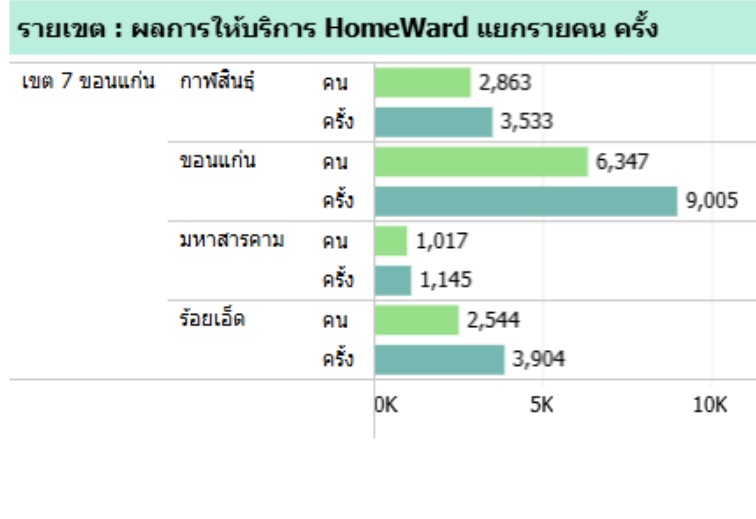
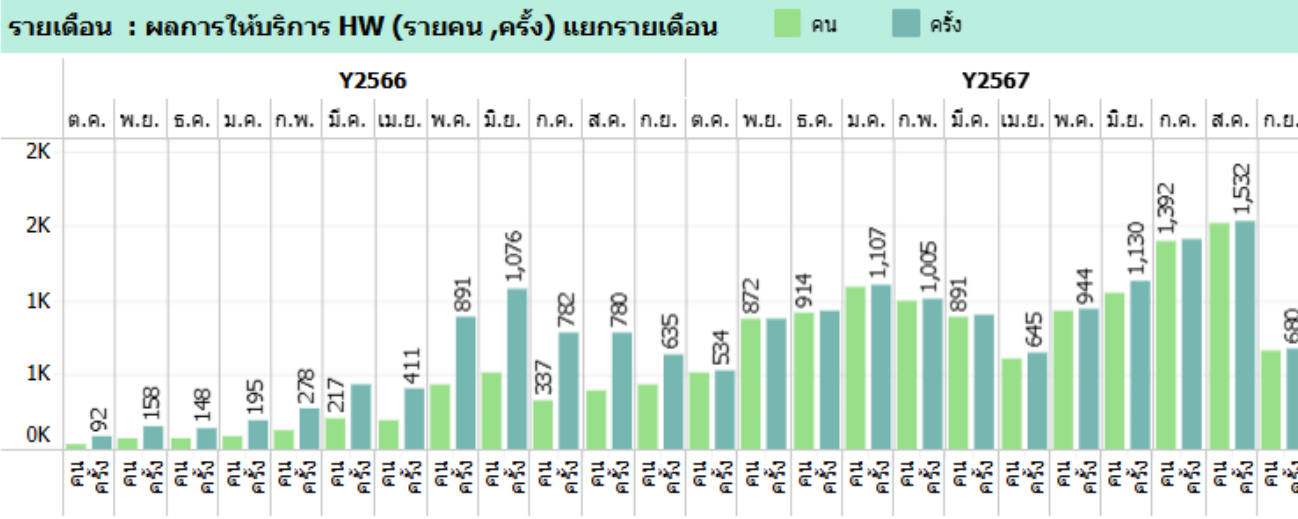
17,587

จำนวนเงิน

75,229,347

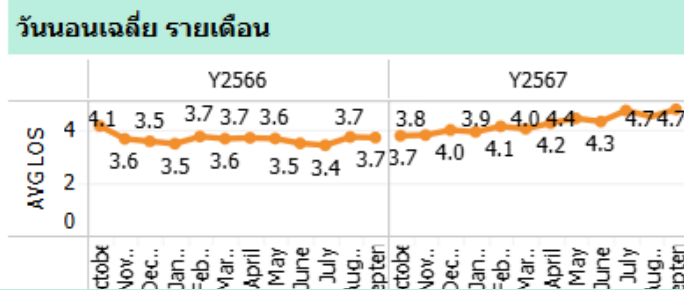
ปีงบ บริการ (All)

เขต เขต 7 ขอนแ...



ผลการให้บริการ HW แยกราย คน ครั้ง จำแนกโรค/ อาการ

| รหัส | โรค/อาการ | คน | ครั้ง |
|-----------|---------------------------------------|-------|--------|
| E10-E14 | Diabetes mellitus | 7,316 | 10,377 |
| I10-I15 | Hypertensive diseases | 2,630 | 3,250 |
| U071,U072 | virus identified,virus not identified | 1,150 | 1,699 |
| N10,N39 | Acute pyelonephritis | 401 | 525 |
| J10-J18 | Influenza and pneumonia | 465 | 554 |
| F10-F19 | Mental and behavioural disorders due | 576 | 602 |
| L89 | Decubitus ulcer and pressure area | 221 | 397 |
| F20-F29 | Schizophrenia | 14 | ... |




รายหน่วย : ผลการให้บริการ HomeWard แยกรายคน ครั้ง จำแนกรายหน่วยบริการ

| จังหวัด | HC.. | ชื่อหน่วย.. | Sum LOS | Sum AdjRW | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|-----------|-------|----------------|---------|-----------|-----|-------|-----------|
| ร้อยเอ็ด | 11069 | รพ.เสลภูมิ | 3,172 | 402 | 486 | 838 | 6,136,864 |
| | 11066 | รพ.โพนทอง | 3,665 | 80 | 595 | 979 | 3,816,065 |
| | 27990 | รพ.หนองฮี | 3,943 | 119 | 377 | 699 | 2,822,565 |
| | 11070 | รพ.สุวรรณภูมิ | 1,709 | 82 | 257 | 305 | 1,834,560 |
| | 11062 | รพ.ปทุมรัตน์ | 1,380 | 16 | 206 | 330 | 1,222,122 |
| มหาสารคาม | 11074 | รพ.เมยวดี | 445 | 49 | 70 | 112 | 860,366 |
| | 27988 | รพ.ทุ่งเขา... | 863 | 14 | 215 | 222 | 791,309 |
| | 11052 | รพ.โกสุมพิสัย | 2,674 | 7 | 695 | 788 | 2,484,325 |
| | 10707 | รพ.มหาสาร... | 500 | 28 | 143 | 144 | 614,480 |
| | 11054 | รพ.เขื่อนขันธ์ | 474 | 2 | 130 | 158 | 564,667 |

รายหน่วย : ผลการให้บริการ HomeWard แยกรายคน ครั้ง จำแนกรายหน่วยบริการ

| จังหวัด | HC.. | ชื่อหน่วย.. | Sum LOS | Sum AdjRW | คน | ครั้ง | เงินจ่าย |
|-----------|-----------|---------------|---------|-----------|-----|---------|-----------|
| กาฬสินธุ์ | 11449 | รพ.ภูผินาร... | 5,968 | 261 | 724 | 797 | 4,736,945 |
| | 11081 | รพ.ยางตลาด | 7,641 | 18 | 773 | 1,192 | 4,002,807 |
| | 11084 | รพ.คำม่วง | 3,179 | 86 | 382 | 397 | 2,130,780 |
| | 11078 | รพ.กมลาไสย | 1,087 | 103 | 164 | 214 | 1,692,953 |
| ขอนแก่น | 11001 | รพ.อุบลรัตน์ | 4,069 | 14 | 974 | 2,139 | 6,445,837 |
| | 11010 | รพ.ชนบท | 3,573 | 162 | 314 | 504 | 3,070,675 |
| | 10999 | รพ.สีชมพู | 3,720 | 11 | 912 | 1,063 | 3,004,728 |
| | 11006 | รพ.แวงน้อย | 1,968 | 5 | 576 | 852 | 2,598,541 |
| | 11445 | รพ.กระนวน | 1,936 | 62 | 511 | 578 | 2,335,719 |
| | 10996 | รพ.พระยีน | 1,660 | 29 | 461 | 670 | 2,248,203 |
| | 11004 | รพ.พล | 1,436 | 40 | 285 | 453 | 1,753,399 |
| 11079 | รพ.ร่องคำ | 110 | 0 | 57 | 58 | 159,947 | |
| 11077 | รพ.นาาม | 158 | 0 | 28 | 30 | 115,041 | |

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

| บริการปี 2567 | | บริการปี 2568 |
|-------------------|---|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา | 1. ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) 3. ชะลอการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด หนังสือเวียนที่ สปสช. 6.70/ว.4841 ลงวันที่ 11 ต.ค. 2567  Adobe Acrobat Document |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | |
| หน่วยบริการ | 1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ | |
| อัตราจ่าย | 1. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วย ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 2. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้ในหอผู้ป่วยอีก 24 ชั่วโมง ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 3. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่าย จ่ายตาม DRGs ตามประกาศ IP ทั่วไป 4. กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน | |
| โปรแกรม | e-Claim | |

บริการกรณีเฉพาะ (Central Reimbursement)



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

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

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

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับ

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

บริการ Robotic Surgery

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

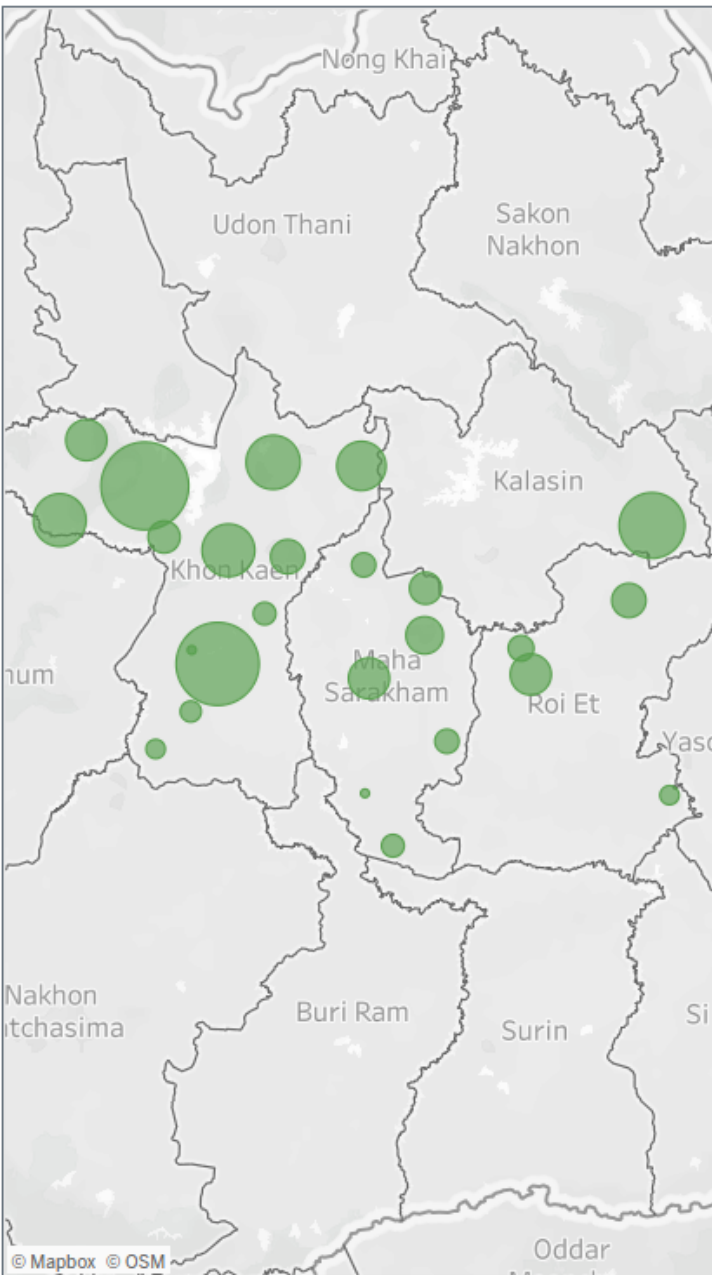
| | |
|-------------------|---|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก, เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด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

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

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

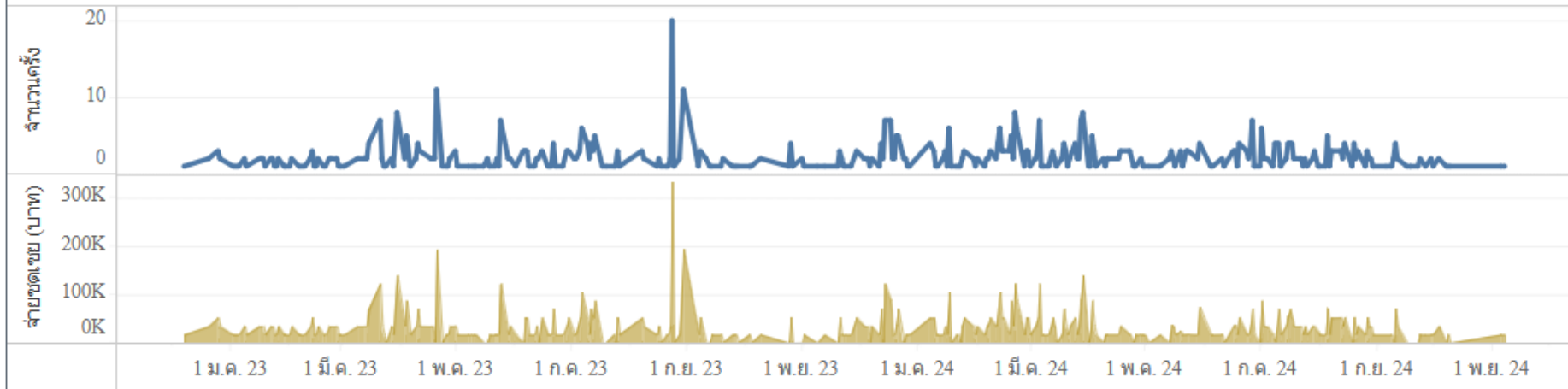
บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

| บริการปี 2567 | | บริการปี 2568 |
|-------------------|--|---------------|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข | เหมือนเดิม |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม | |
| อัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี | |
| โปรแกรม | <ol style="list-style-type: none"> เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI | |



| หน่วยบริการ (แห่ง) | จำนวนผู้ป่วย (คน) | #รากฟันเทียม (ชุด) | มูลค่าจ่ายชดเชย (บาท) |
|--------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|
| 25 | 609 | 536 | 10,397,966.70 |

Daily Services



จำนวนบริการ รายเขต

สปสช.เขต ๕

| | |
|----------------------|-----|
| เขต 11 สุราษฎร์ธานี | 730 |
| เขต 7 ขอนแก่น | |
| เขต 3 นครสวรรค์ | |
| เขต 9 นครราชสีมา | 515 |
| เขต 10 อุบลราชธานี | |
| เขต 4 สระบุรี | |
| เขต 5 ราชบุรี | |
| เขต 12 สงขลา | 360 |
| เขต 1 เชียงใหม่ | |
| เขต 6 ระยอง | |
| เขต 2 พิษณุโลก | 231 |
| เขต 8 อุดรธานี | |
| เขต 13 กรุงเทพมหานคร | |
| กรมแพทยทหาร | |

| หน่วยบริการ | จำนวนผู้ป่วย (คน) | จำนวนชุด รากฟันเทียม | จ่ายชดเชย (บาท) |
|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| 11008: รพ.ภูเวียง | 105 | 121 | 1,837,500.00 |
| 11010: รพ.ชนบท | 94 | 0 | 1,646,740.00 |
| 11449: รพ.ภูจินารายณ์ | 59 | 62 | 1,086,770.00 |
| 11000: รพ.น้ำพอง | 40 | 0 | 700,000.00 |
| 10995: รพ.บ้านฝาง | 38 | 74 | 677,418.00 |
| 10998: รพ.ชุมแพ | 38 | 45 | 606,200.00 |
| 11445: รพ.กระนวน | 33 | 54 | 581,400.00 |
| 10999: รพ.สีชมพู | 23 | 20 | 409,500.00 |
| 10708: รพ.ร้อยเอ็ด | 23 | 3 | 403,448.00 |
| 11055: รพ.บรบือ | 23 | 19 | 403,165.70 |
| 10707: รพ.มหาสารคาม | 19 | 19 | 332,500.00 |
| 10670: รพ.ขอนแก่น | 16 | 12 | 282,445.00 |

การบริการกรณีเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (OP)

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

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



ประกาศ ที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

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

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE

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

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OPAE (ต่อ)

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

2. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Refer

| หัวข้อ | เดิม_ปี 2567 | ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568 |
|--------------------|---|-----------------------------|
| หลักเกณฑ์ เงื่อนไข | <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ 2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี รพ.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ไปยัง รพ.มหาวิทยาลัยในจังหวัด | - คงเดิม |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | คงเดิม |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบ UC | คงเดิม |
| อัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $\leq 1,600$ จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $> 1,600$ จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer) | คงเดิม |
| โปรแกรม | e-Claim | คงเดิม |

3. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี OP Anywhere

| หัวข้อ | เดิม_ปี 2567 | ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568 |
|-------------------|---|--|
| หลักเกณฑ์เงื่อนไข | เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควร นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง | การให้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1) | คงเดิม |
| หน่วยบริการ | - หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย | คงเดิม |
| อัตราจ่าย | จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ตามประกาศ <ul style="list-style-type: none"> ■ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ ■ การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้นบริการทันตกรรม ชดเชยตามอัตราที่กำหนดราคาที่ยกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ | - จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS - การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่ายข้ามจังหวัด กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS **กรณีบริการในจังหวัดค่าใช้จ่ายจากกอง OP Hmain ตามจ่ายกันเองใน จังหวัด |
| โปรแกรม | e-Claim | คงเดิม |



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอริโมน หรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

พ.ศ. ๒๕๖๗



โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอริโมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖
เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอริโมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอริโมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้
(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑
(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามที่สำนักงานกำหนด
(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐาน
การให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไป
ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย
ตามประกาศนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่า
ได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายที่มีการเปลี่ยนแปลงในประกาศ พ.ศ. 2566 และ 2567

| หัวข้อ | ปี 2566-2567 | ปี 2568 มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป |
|------------------|--|---|
| หลักเกณฑ์การจ่าย | <p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี่ จ (2) | <p>การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร</p> <p><u>**เฉพาะการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา**</u></p> |

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

| หัวข้อ | ปี 2566-2567 | ปี 2568 มีผลกับข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป |
|---|--|---|
| แนวทางการรักษา | <ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2561 | <ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 |
| การบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ในโปรแกรม e-Claim | บันทึกเบิกเป็นกรณี Cancer Anywhere Project code: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม | <ul style="list-style-type: none"> - ยกเลิก Project code: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม - ตรวจสอบจากรหัส ICD10/ICD9 รายการยาเคมีบำบัด และหรือรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ - ตรวจสอบรหัสรังสีรักษาตามรหัส FS แทนรหัส RTX เดิม |
| การตรวจสอบข้อมูลการ เบิกจ่าย | การ Post audit | การตรวจสอบทั้ง Pre และ Post audit |

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

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

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

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



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย
ค่าใช้จ่ายกรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)
ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)



บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)

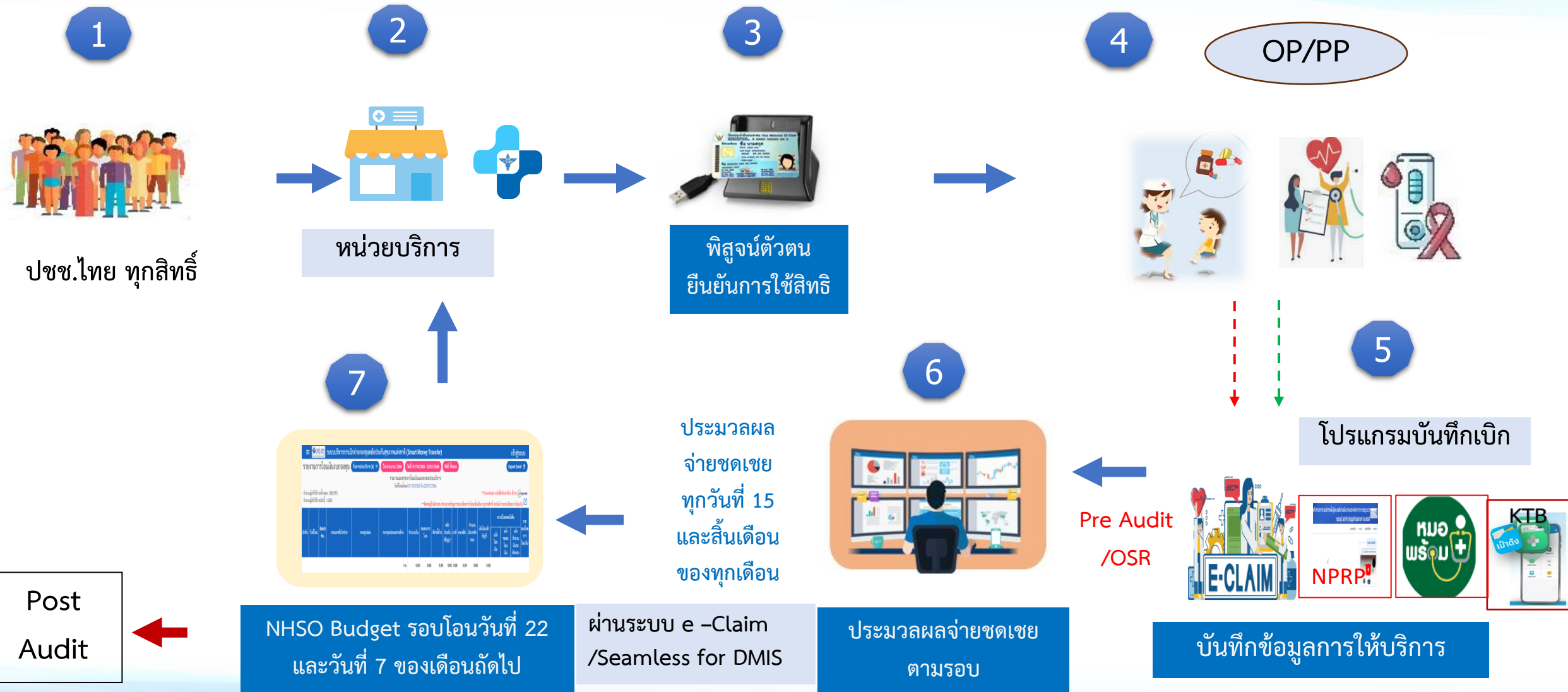
ปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2568

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

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (IMC OP)

| ปีงบประมาณ 2567 | | | ปีงบประมาณ 2568 |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| หลักเกณฑ์ เงื่อนไข | <p>ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนด เป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66 | | - |
| ผู้มีสิทธิ | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง | | - |
| อัตราจ่าย | กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง) | 450 บาทต่อครั้ง | ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ |
| | กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง) | | |
| | จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ | 200 บาทต่อครั้ง | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด | | - |
| ระบบเบิกจ่าย | หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกรผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal) | | - |
| ระบบประมวลผล | ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS) | | - |



การแสดงผลยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ



ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ 2 วิธี

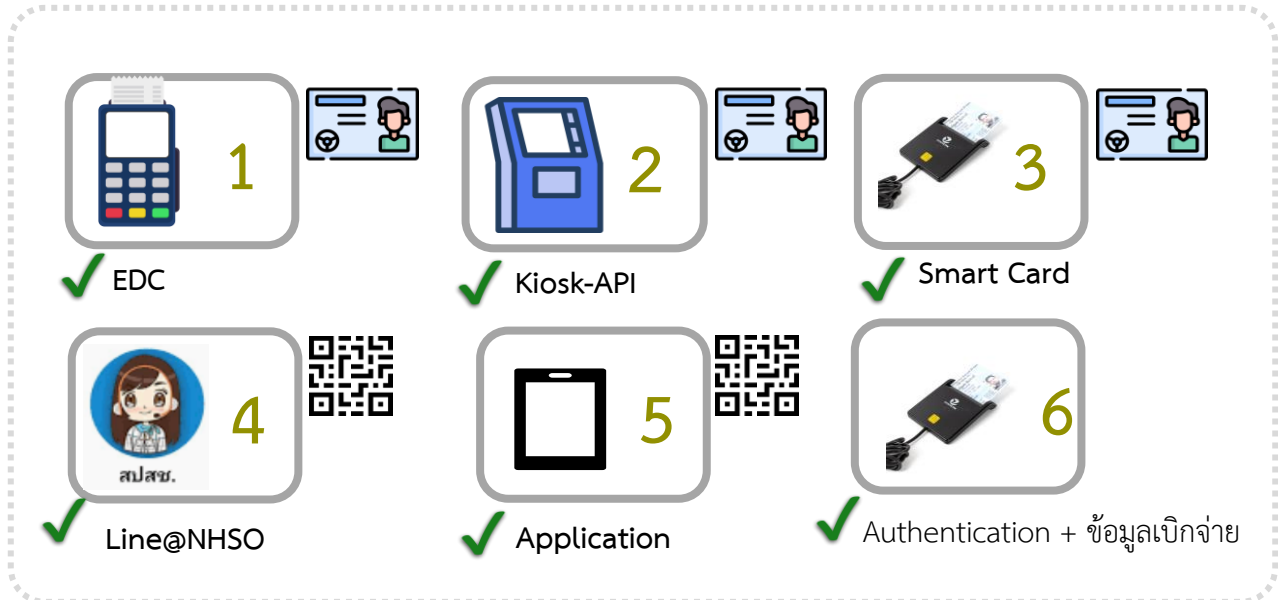
1. เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่ (EDC : Electronic Data Capture)

ทำการยืนยันการรับบริการผ่านเครื่อง

EDC เครื่องเดียวกับกรมบัญชีกลาง

7. วิธีการอื่นที่จำเป็นตาม

ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด



ประชาชนดำเนินการเอง 5 วิธี

ประชาชนยืนยันการรับบริการที่หน่วยบริการ เมื่อรับบริการเสร็จจากหลายช่องทาง

2. เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK)
3. เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card)
4. แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application)
5. แอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยขั้นสูงสุด
6. การพิสูจน์ตัวตน (Authentication) และการส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ