



การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่นๆ
ปีงบประมาณ 2566 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

18 ตุลาคม 2565

สายงานบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กำหนดการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ ปีงบประมาณ 2566 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)

วันที่ 18 ตุลาคม 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น.

เวลา	รายการ	หมายเหตุ
09.00 – 09.10 น.	กล่าวเปิดการประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม	นพ.การุณย์ คุณศิริานนท์
09.10 - 10.30 น.	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง) : Basic Payment สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสิทธิอื่น	ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
10.30 – 10.50 น.	แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และคุณภาพบริการ	ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
10.50 – 11.10 น.	การใช้งานระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศการเบิกจ่ายกองทุน
11.10 – 11.30 น.	รายงานการจ่ายเงินงบทองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHSO Budget)	ฝ่ายบริหารระบบการเงินและบัญชีกองทุน
11.30 – 12.00 น.	อภิปราย ถาม-ตอบ	

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการ Authentication

ที่มา

- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๘.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ จ่ายตามราคาของรายการที่กำหนด (Fee Schedule) และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ ให้ สปสช. จัดให้มีกลไกการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ... ทั้งก่อนและหลังการจ่ายชัดเจน

ข้อ ๓๑ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณผ่านกลไกคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พัฒนาและทบทวนรายการและอัตราจ่ายที่เหมาะสม และกำหนดให้รายการที่มีการจ่าย ตามรายการบริการ (Fee Schedule) มีระบบการพิสูจน์ตัวตน และการตรวจสอบก่อนจ่าย

แนวทางการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authentication)

- 1) หน่วยบริการ Authentication วิธีใดวิธีหนึ่งตามความพร้อม ดังนี้
 - 1.1) ระบบ New Authen
 - 1.2) ระบบ QR code ผ่าน Line สปสช. ID Line: @nhso ,
 - 1.3) ระบบ ERM
 - 1.4) ตู้ KIOSK

หมายเหตุ เน้นให้ใช้การ Authen ด้วยบัตรประชาชน Smart card หากเป็นการ authen โดยการ key in หรือการรับรองโดย จนท.ของหน่วยบริการ อาจจะมีการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง
- 2) ประชาชนผู้มีสิทธิ Authentication ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ระบบ QR code ผ่าน line สปสช. ID Line: @nhso หรือเสียบบัตรประชาชน Smart Card ผ่านตู้ KIOSK หรือ Station ที่หน่วยบริการจัดเตรียมไว้ให้ประชาชน ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อข้อมูลอัตโนมัติกับระบบของ สปสช.
- 3) สปสช.กำหนดวิธีการ Authentication สำหรับการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2566 ตามประเภทบริการ ดังนี้
 - 3.1) เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)
 - 3.2) Self Isolation
 - 3.3) UCEP Plus (สถานบริการอื่น)
 - 3.4) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม_HD
 - 3.5) การบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น Common Illness

โดยเลือกประเภทการ Authentication ตามประเภทการเข้ารับบริการแต่ละกรณี
- 4) กรณี Authen ด้วยการรับรองโดยผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ ใช้ในกรณีผู้สูงอายุ ที่มีบัตรประชาชนที่ไม่ได้ออกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี

รายการบริการที่กำหนดให้ Authentication

- กำหนดให้มีการ Authentication สำหรับการรับบริการที่กำหนดรูปแบบการจ่ายตามรายการและอัตราจ่ายแบบ Fee Schedule ดังนี้
 - 1) ประเภทผู้ป่วยนอก
 - 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- รายการที่ได้รับการยกเว้น การ Authentication

ลำดับ	บริการ	รายการบริการที่ได้รับการยกเว้นการ Authentication
1	บริการผู้ป่วยนอก	บริการ Telehealth (กรณีค่าบริการ 50 บาท)
2		บริการดูแลให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับพิษ
3		บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีการเบิกจ่าย Fee Schedule ร่วมด้วย
4		บริการ CAPD ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
5		บริการ Rare disease กรณีบริการผู้ป่วยนอก
6		บริการผู้ป่วย HIV และผู้ป่วยเอดส์
7		
8	บริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
9		บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
10		บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS)
11	บริการอื่นๆ	บริการของหน่วยบริการที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น หน่วยที่รับตรวจ lab

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. ผู้ป่วยนอก OP ที่เบิกจ่ายจาก ส่วนกลาง เช่น กรณีOPAE,OP Anywhere, CA Anywhere เป็นต้น	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายตามรายการ Fee Schedule และ Fee For Service 2) มีระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการรับบริการ (Authentication) บางรายการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายตามอัตราและรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีที่ไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้ง สปสช. เป็นรายการ</u> 2) กำหนดให้มีการ Authentication ที่เบิกจ่ายแบบ Fee Schedule <u>ทุกรายการ</u> 3) มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS และ FFS	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1.1 บริการรักษาเนื้อเยื่อ ในแบบคงความมีชีวิต (Vital Pulp Therapy) ในฟันถาวร	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	จ่ายรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว
	ผู้มีสิทธิ	-	เด็กอายุ 6-15 ปี
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	-	-
	โปรแกรม	-	-
1.2 การรักษา COVID-19	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ตามประกาศหลักเกณฑ์ เงื่อนไข กรณี Covid-19	บริการรักษา COVID-19 และ long COVID-19 ประเภทผู้ป่วย นอกตามระบบปกติ
	ผู้มีสิทธิ	-กรณีคัดกรอง+ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ >> ทุกสิทธิ -กรณีรักษา >> สิทธิ UC	-ไม่มีการจ่ายกรณีตรวจคัดกรอง+lab -กรณีการรักษา >> สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	ทุกหน่วยบริการ/สถานพยาบาล	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณี Covid-19	จ่ายตามระบบปกติรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1.3 บริการ OP Anywhere	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- บริการ OP ไม่มีหนังสือส่งต่อ ไม่ใช่กรณีนัดหมาย ไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉิน - จำกัดบริการเฉพาะ OP ในจังหวัด /ข้ามจังหวัด ภายในเขต/ข้ามเขตเฉพาะเขตพื้นที่รอยต่อ	ขยายบริการไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่รอยต่อ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS กรณีไม่มีรายการ FS จ่ายตาม FFS	ตามรายการ FS (ประกาศรายการเพิ่มเติม)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม
1.4 บริการ OP เขต 13 กทม.	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ตามที่มีประกาศกำหนด	เพิ่มเติมการบริหารจัดการกรณีผู้มีสิทธิได้รับผลกระทบจากการยกเลิกหน่วยบริการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยในระบบ UC ในเขต 13 กทม.	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS	ตามรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. ผู้ป่วยใน (IP) 2.1 บริการผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) จำนวนจ่ายด้วยระบบ DRGs v.5 2) จำนวน Base Rate รายเดือน 3) จ่ายตามวันที่ส่งข้อมูล (Sent Date) 4) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จัดสรร ในลักษณะค่า K ให้กับหน่วยบริการ	คงเดิม และยังคงใช้ข้อมูลผลงานระหว่าง มค.62 - ธค.62 เป็นตัวแทนในการคำนวณ Global budget ระดับเขต เนื่องจาก สะท้อนผลงานจริง โดยไม่มีผลกระทบจาก บริการ Covid
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.2 บริการฉุกเฉิน ภาครัฐ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<p><u>บริการใหม่</u> เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการเข้ารับบริการฉุกเฉินในหน่วยบริการภาครัฐโดยไม่มีอุปสรรคการจ่ายค่าใช้จ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รักษาในหน่วยบริการภาครัฐ ▪ จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนดภายใน 24 ชม.แรก และจ่ายตามระบบ DRGs
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	จ่ายเฉพาะหน่วยบริการ UHos Net และ หน่วยบริการตามประกาศ ER คุณภาพ
	อัตราจ่าย	-	<p>1) จ่ายตามระบบ DRGs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงหน่วยงานรัฐ) ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) <p>2) จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการใน 24 ชม.แรก ตามรายการและอัตรา FS สำหรับบริการฉุกเฉินที่กำหนด</p>
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.3 บริการ Home Ward	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1) เฉพาะบริการในเขต 2) มีระบบการ Authentication เมื่อรับบริการ IP ที่บ้าน (ผ่าน AMED) 3) จ่ายเฉพาะ 7 กลุ่มโรค ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ▪ โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension) ▪ โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area) ▪ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ▪ โรคปอดอักเสบ (pneumonia) ▪ โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด ▪ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 4) นับจำนวนวันนอนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ รวมถึงในสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	-เฉพาะหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปภาครัฐ ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด -หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ต้องผ่านการประเมิน ODS (ได้รับรองจากกก.กรรมการแพทย์)
	อัตราจ่าย	-	จ่ายตามระบบ DRGs บริการภายในเขต ในอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adj.RW
	โปรแกรม	-	e-Claim ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้ (โปรแกรม AMED)

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.4 บริการรักษาภาวะ ความดันเลือดปอดสูง ในทารกด้วยก๊าซ ไน ตริกออกไซด์ (PPHN)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<u>บริการใหม่</u> เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจากภาวะ PPHN <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด ▪ จ่ายให้หน่วยบริการที่สามารถให้บริการด้วยการใช้ก๊าซไนตริกออกไซด์
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยทารกที่มีความดันปอดสูงแต่กำเนิด (28 แห่ง)
	อัตราจ่าย	-	ตามระบบ DRGs ในอัตรา 12,000 บาท/AdjRW
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.5 บูรณาการ Intermediate care 4 กลุ่มโรค ร่วมกับ บริการฟื้นฟู และ แพทย์แผนไทย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1) บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (เพิ่มการจ่าย) ▪ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ▪ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง 2) กำหนดบริการ 4 กลุ่มโรค <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ▪ ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) ▪ กระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ในผู้ป่วย อายุ >50 ปี (เพิ่มกลุ่มโรค)
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือ/แนวทางที่กระทรวงสธ.กำหนด
	อัตราจ่าย	-	-บริการ IP ค่าวินิจฉัยจ่าย DRGs ตามอัตรากรณีในเขต ชำมเขต โดยกรณีรักษาในหน่วยบริการเดียวกันตั้งแต่ระยะ acute จนถึง IMC จะจ่ายเหมือนกรณีแยกเป็น 2 episodes -บริการ OP ตามรายการ FS ที่กำหนด
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.6 บริการสำรอง เตียง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	สถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจ มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามใน ข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขต ตามเงื่อนไขที่กำหนด	ปรับอัตราจ่ายกรณีบริการเดียวกันให้เป็นอัตรากลาง เดียวกันในทุกเขตทุกหน่วยบริการ ได้แก่ 1) บริการทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 2) บริการผ่าตัดตมอง 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน /สถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตราที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการ อื่นกับ สปสช. เขต (กำหนดอัตรา ไม่เกิน 15,000 บาท/ adjRW)	อยู่ระหว่างการกำหนดอัตรากลาง
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.7 กรณีย่าน นวัตกรรมการแพทย์ โยธี และกลุ่มหน่วย บริการที่ประสงค์จะ แบ่งปันทรัพยากรด้าน สุขภาพ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการ 3 กลุ่มโรค <ol style="list-style-type: none"> 1) ใส่ตังอักเสบ (เริ่ม 1 พ.ค. 65) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 65) 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค.65) 	-บริการของย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี >>คงเดิม -บริการในเขตอื่นๆ หากต้องการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ สามารถทำความตกลงร่วมกัน และแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่ สปสช.กำหนด
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ตามที่ทำความตกลงร่วมกับสปสช.	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามระบบ DRGs โดยการจ่ายสำหรับการดูแลของหน่วยบริการที่มากกว่า 1 แห่ง จะจ่ายเท่ากับการดูแลในหน่วยบริการแห่งเดียว	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.8 รายการบริการ ODS	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1) บริการ ODS จำนวน 65 กลุ่มโรค/หัตถการ 2) จ่ายเฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) มีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น หาย (With Approval) 4) มีจำนวนวันนอน (LOS) ตั้งแต่ 2 - 24 ชั่วโมง 5) จ่ายตามค่า RW 	<p>เพิ่มรายการบริการ ODS จำนวน 2 กรณี</p> <p>1) เพิ่มบริการ Vascular Access for hemodialysis 3 รายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tunnel cuffed catheter (TCC) ■ Arteriovenous Fistula (AVF) ■ Arteriovenous Graft (AVG) <p>2) บริการ Appendectomy โดยใช้ Platform ODS แต่จ่ายแบบบริการ Home Ward</p>
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ ODS	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW ■ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW 	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim (บันทึกข้อมูล Ambulatory care)	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.9 รายการ บริการ MIS	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) จ่ายเฉพาะ DRGs และ ICD10 ของกลุ่มโรคที่กำหนด รวม 16 กลุ่มโรค 2) เฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) จ่ายตาม adjRW (MIS) = adjRW (ราย case ราย DRGs) + ค่า K (MIS) 4) กรณีหน่วยไม่ผ่านประเมิน MIS จ่ายแบบ IP Normal	1) เพิ่มรายการบริการ MIS จำนวน 4 รายการ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty ค่า K = 1.8922 ▪ Arthroscopic Bankart surgery and labral repair ค่า K 1.8922 ▪ Radical hysterectomy <ul style="list-style-type: none"> o กรณี Malignant neoplasm of ovary ค่า K= 2.4562 o กรณี Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium ค่า K= 0.7771 ▪ Laparoscopic Prostatectomy and robotic prostatectomy (การกำหนดค่า K อยู่ระหว่าง re-calibrate ข้อมูล) 2) อยู่ระหว่างการจัดทำโปรแกรม PA ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ (บริการปีงบประมาณ 64) ** ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยผ่านรับรองศักยภาพให้บริการจากกรมการแพทย์**
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ MIS	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บ. /Adj.RW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บ./Adj.RW 	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.10 กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบ DRGs version 5 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด <u>วิธีการ</u> 1) สปสช.ตรวจสอบข้อมูลบริการปีงบฯ 64 ที่เข้าเกณฑ์ ORS 2) สปสช.แจ้งหน่วยบริการส่งหนังสืออุทธรณ์ข้อมูลพร้อมสำเนาเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด 3) สปสช.คำนวณจ่ายเพิ่มเติม	ใช้ข้อมูลบริการปีงบฯ 65
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reimburse Ratio รพ. คุณกับ ความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ (Reimburse ratio × [Loss – (0.5 × OLT)]) ■ กำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน 0.8 	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2.11 กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็น Palliative เมื่อผ่านการ admitted แล้ว ตาม Guideline ของกรมการแพทย์ 2) มีการ Register ผู้ป่วย Palliative Care 3) กรณีการเบิกการเยี่ยมบ้านซ้อนกัน จ่ายให้หน่วยฯ ที่เบิกก่อน และหน่วยฯ ที่ส่งเบิกหลังให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสาร 4) บริการ Palliative Care ในเด็กอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี ทุกกลุ่มโรค	มีระบบการAuthentication เมื่อเยี่ยมบ้าน
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าบริการเยี่ยมบ้าน อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/เดือน จ่ายไม่เกิน 6 ครั้งนับจากครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน <u>กรณีเสียชีวิต</u> จ่ายเพิ่มเมื่อเสียชีวิต อัตรา 3,000 บาท (จ่ายครั้งเดียว/คน)	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3. บริการกรณีเฉพาะ 3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.1 กรณี CA Anywhere	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง 2) การจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม ครอบคลุมถึง <ul style="list-style-type: none"> ▪ การ Confirm Diagnosis ▪ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ▪ การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น ▪ การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) 	1) มีระบบการ Authentication 2) จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น <i>สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช. เป็นรายกรณี</i>
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการ CA	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามรายการ FS 515 รายการ	เพิ่มรายการ FS
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.1 บริการโรคมะเร็ง 3.1.2 กรณีการให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. กำหนด Protocol การรักษาโรคมะเร็ง 2. ประมวลผลการจ่ายตามการรักษาตาม Protocol ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication (เฉพาะ OP) 2) จะมีการปรับปรุง Protocol ใหม่ 3) ขยายบริการไปยัง รพ.เอกชน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	มีศักยภาพให้บริการเคมีบำบัด/รังสีรักษา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>3.1 บริการ โรคมะเร็ง</p> <p>3.1.2 กรณี การให้เคมี บำบัด/รังสี รักษา (ต่อ)</p>	<p>อัตราจ่าย</p>	<p><u>กรณี IP</u> กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาตรงตาม Protocol จ่าย Deduct DRGs และ Add on ค่ายามะเร็งตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocol จ่ายตาม DRGs ปกติ <p><u>กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายตาม DRGs ปกติ <p>หมายเหตุ : กรณี IP ค่ารังสีรวมอยู่ใน DRGs</p> <p><u>กรณี OP</u> กรณีโรคมะเร็งที่กำหนด Protocol แล้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาตรงตาม Protocol จ่ายค่ายาตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด - รักษาไม่ตรง Protocol จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาทและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด <p><u>กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนด Protocol</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา ตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง 	<p>คงเดิม</p>
	<p>โปรแกรม</p>	<p>e-Claim</p>	<p>คงเดิม</p>

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.2 กรณี OP Anywhere	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) มีระบบการ Authentication 2) เข้ารับบริการประเภท OP โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ไม่ใช่กรณีนัดหมายและไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น <ul style="list-style-type: none"> ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต ▪ การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก <u>ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ</u> 	1) มีระบบการ Authentication 2) ขยายบริการโดยให้บริการข้ามเขตได้ทั่วประเทศ 3) การเข้ารับบริการในร้านยา และคลินิกเวชกรรม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด จ่ายตามรายการ FS เฉพาะรายชื่อของรพ.ที่กำหนด 2) การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต และการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ <ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง ▪ หน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 5 วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการ FS หรือ FFS 	จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่กำหนดเท่านั้น <u>สำหรับกรณีไม่มีในรายการ Fee Schedule ให้แจ้งสปสช.เป็นรายการ</u>
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.3 รายการ อุปกรณ์และ อวัยวะเทียมใน การ บำบัดรักษา โรค	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) จ่ายตามรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมมาตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ พ.ศ. 2566 2) บันทึกรหัสโรค (ICD10) รหัสหัตถการ (ICD9) และจำนวนอุปกรณ์ ตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP 2) <u>เพิ่มรายการอุปกรณ์ใหม่ จำนวน 10 รายการ ได้แก่</u> หมวด 2 ตา หู คอ จมูก จำนวน 2 รายการ หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 รายการ หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น จำนวน 6 รายการ หมวด 9 อื่นๆ จำนวน 1 รายการ
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	ในระบบ UC โดยกำหนดศักยภาพหน่วยบริการในบางบริการ เช่น ชูตประสาทหูเทียม เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นต้น	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ตามเรียกเก็บไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด โดยจ่าย Add on เพิ่มจากระบบปกติ ทั้ง OP และ IP	<u>ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หมวด 7 กระดูก จำนวน 4 รายการ ได้แก่</u> 1) 7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ และ 7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (จาก 49,800 เป็น 48,000 บาท/ข้อ) 2) 7214B แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate) (จาก 20,000 เป็น 17,000 บาท/ชิ้น) 3) 7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) (จาก 2,000 เป็น 1,600 บาท/ ตัว)
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม	

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7207 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7208 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนฟีเมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7209 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนทิเบีย (Tibial component)	75,000	
7	7300 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Hinge knee	150,000	ให้มีระบบ PA ก่อนผ่าตัด
8	7224 อุปกรณ์ใส่โพรงกระดูกเพื่อเชื่อมข้อเท้าและข้อใต้เท้า (Tibiototalcaneal fusion nail : TTC nail) พร้อมสกรู 3-4 ชิ้น	20,000	
9	7315 สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)	2,000	
10	9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก	3,000	จ่ายผ่านระบบ VMI

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.4 บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับ ผู้ไม่มีฟันทั้งปาก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด 2) บริการเริ่ม 1 ม.ค. 65	มีระบบการ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม 2) จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราดังนี้ 2.1) ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาทต่อราย 2.2) ค่าติดตามการรักษา จ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี - ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท - ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาทต่อปี โดยมีการติดตามการรักษา อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.5 บริการผ่าตัด ข้อเข่าเทียม	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยอายุ >55 ปี ไม่ต้องขอ PA 2) กำหนดการขอ PA ก่อนให้บริการผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วย <u>อายุ <= 55 ปี</u> และข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือไม่ทราบสาเหตุ 3) บันทึกโรคหัตถ์โรค/หัตถการตามที่กำหนด 4) พิจารณา PA ผ่านโปรแกรม e-Claim (เริ่ม 1 ส.ค. 65) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการรายเขต โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่ 2) การขออนุมัติก่อนผ่าตัดเฉพาะผู้ป่วย<u>อายุน้อยกว่า 55 ปี</u> 3) ดำเนินการ PA ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าตามระบบ DRGs และค่าอุปกรณ์ตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.6 บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ต้องมี Pre-authorize (PA) ก่อนบริการ 2) บันทึก PA ผ่านโปรแกรม e-Claim 3) กรณีผ่าน PA แล้ว ต้องดำเนินการภายใน 6 เดือน (นับจากวันได้รับการอนุมัติ PA) 4) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุ ≤ 5 ปี	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามระบบ DRGs <ul style="list-style-type: none"> ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) รายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม จ่ายผ่านระบบ VMI (เริ่ม 1 เม.ย. 65)	รายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม จ่ายผ่านระบบ VMI (ยอดเงินจ่ายในโปรแกรม e-Claim = 0 บาท)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.7 บริการผ่าตัด ต่อกระดูก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) กำหนดเป้าหมายบริการระดับเขต 2) บริการ OP บันทึกลับึกเบิกหน้า IP Ambulatory Care 3) บันทึกลับึกโรค/หัตถการตามที่กำหนด	1) มีระบบการ Authentication กรณี บริการ OP 2) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการ โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุมากกว่า 40 ปี	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) ผ่าตัดต่อกระดูก (สายตา (VA) แย่กว่า 20/200) <ul style="list-style-type: none"> ▪ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผ่าตัด 1 ชั่วโมง อัตรา 7,000 บ./ชั่วโมง ▪ มีภาวะแทรกซ้อน และผ่าตัด 1 ชั่วโมง อัตรา 9,000 บ./ชั่วโมง 2) ระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่มีความจำเป็นต้อง รับการผ่าตัด อัตรา 5,000 บ./ชั่วโมง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.8 บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplant) : ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับบริการ DSAEK	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) บันทึก Project code : DMICNT 2) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด 3) จ่ายค่าบริการผ่าตัด และจ่ายเพิ่มค่าจัดหาดวงตาให้สภากาชาดไทย	เพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK เฉพาะหน่วยที่มีศักยภาพให้บริการ DSAEK
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	1) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 2) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา DSAEK
	อัตราจ่าย	1) จ่ายค่าบริการผ่าตัดตามระบบ DRGs <ul style="list-style-type: none"> ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 2) จ่ายเพิ่มค่าจัดหาดวงตาอัตรา 15,000 บาท/ดวงตา ให้หน่วยฯ ที่ผ่าตัด (เพื่อนำไปจ่ายต่อให้สภากาชาดไทย)	1) จ่ายค่าบริการผ่าตัดตามระบบ คงเดิม 2) เพิ่มค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK โดยจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่ผ่าตัด <ul style="list-style-type: none"> ▪ อัตราจ่าย Corneal Transplant 15,000 บาท/ดวงตา (เงื่อนไขเดิมเหมือนปีงบฯ 65) ▪ จ่ายเพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในแบบ DSAEK อัตรา 13,000 บาท/ดวงตา โดยหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3.9 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<p>ขอบเขตบริการให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับพิษ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับสารพิษ, ยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงู แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป 2) การให้ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงูแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ 3) การติดตามการรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านพิษ และเซรุ่มป้องกันพิษงูจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา และประชาชนผู้ได้รับการรักษา
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลรามาริบดี โรงพยาบาลศิริราช
	อัตราจ่าย	-	500 บาทต่อราย
	โปรแกรม	-	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4.บริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ค่าบริการสำหรับ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) 2. บันทึกรหัสโรคตามที่กำหนด	เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	คงเดิม
	อัตราจ่าย	เหม่าจ่ายค่าบริการ เป็นรายเดือนครอบคลุม -ค่าบริการสอนและประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง -ชุดตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง -ค่าบริการตรวจน้ำตาล/ตรวจภาวะแทรกซ้อน	ค่าบริการเหม่าจ่ายรายเดือน ครอบคลุมกิจกรรมบริการเหมือนปี 2565 มีการปรับลดอัตราจ่าย เพิ่มเติม ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM สำหรับผู้ป่วยที่มีความประจําต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จําเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/สัปดาห์ (ในการเบิก เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์)
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	กำหนดการจ่ายค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง แบบ FS 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง สิทธิ UC	เบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด	1) ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 2) ผู้ป่วย HT: การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี
	โปรแกรม	e-Claim	กรณี DM HT บันทึกในโปรแกรมพร้อม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
5.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษา โรคเรื้อรัง ค่าบริการจิตเวชใน ชุมชน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	จ่ายตามการลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ตาม จำนวนเป้าหมายที่ สปสช.จัดสรรให้หน่วยบริการ	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC โดยลงทะเบียนในระบบ care transition	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ ที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง และ ให้บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<p>เหมาะจ่ายค่าบริการตามจำนวนที่ลงทะเบียน</p> <p>1.หน่วยบริการพี่เลี้ยง เหมาะจ่าย 1,000 บาท/ราย</p> <p>2.หน่วยบริการประจำ เหมาะจ่าย 5,000 บาท/ราย</p>	<p>งวดที่ 1 : จ่ายร้อยละ 50 ให้หน่วยบริการที่จัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน จ่ายร้อยละ 80 ให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง</p> <p>งวดที่ 2 : ตามผลงานบริการของหน่วยบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติม จ่ายร้อยละ 50 ให้หน่วยบริการที่จัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน จ่ายร้อยละ 20 ให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง</p> <p>- หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายงวดที่ 2 เมื่อหน่วยบริการ มีผลงานการติดตาม เยี่ยมครบ 6 ครั้ง หรือผลงาน มากกว่า 3 ครั้ง เฉพาะในกรณีมีผลงานการ ติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 พบข้อมูลรายงานว่าผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>- หากหน่วยบริการตาม มีผลงานน้อยกว่า 3 ครั้ง หน่วยบริการที่จัดบริการ และหน่วยบริการพี่เลี้ยงต้องคืนค่าใช้จ่ายของงวดที่ 1 ให้สำนักงาน</p>
โปรแกรม	care transition	คงเดิม	

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6. บริการระดับปฐมภูมิ 6.1 บริการของร้านยา	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา กรณีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หอบหืด/จิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายเป็นค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา 2) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด 	<p><u>เพิ่มรายการบริการ 2 กรณี ดังนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการยาเม็ดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา 2) บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและบริการให้คำปรึกษา 3) บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา 4) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต 5) บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง 6) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก 2. ค่าบริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Common illness) ขอบเขตการให้บริการตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ และมีรหัสโรค (ICD-10) ตามข้อบ่งชี้ที่เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยสภาเภสัชกรรม 3. ทุกบริการต้องมีการ Authentication

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.1 บริการของร้านยา (ต่อ) <u>บริการด้านยาและ</u> <u>เวชภัณฑ์ของหน่วย</u> <u>บริการร่วมกับร้านยา</u>	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	การจัดบริการด้านยาและ เวชภัณฑ์ใน <u>model 1</u> หน่วยบริการจัดยา รายบุคคลส่งให้ร้านยา <u>model 2</u> หน่วยบริการจัดสำรอง ยาไว้ที่ร้านยา	กำหนดรูปแบบการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพิ่มเติม กรณี <u>ร้านยา model 3</u> ร้านยาดำเนินการจัดหาตนเอง
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการเฉพาะด้านเภสัช กรรม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามอัตราที่กำหนด	จ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ตามรายการและอัตราที่กำหนดตาม ประกาศ FS
	โปรแกรม	E-Prescription	คงเดิม

ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
ร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมจ่าย

รูปแบบ	อัตราค่าบริการ สำหรับหน่วยบริการที่ส่งจ่ายยา	อัตราค่าบริการ สำหรับร้านยา	อัตราค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่จ่ายชดเชยให้กับร้านยา
รูปแบบที่ ๑	๔๙ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	๗๐ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	-
รูปแบบที่ ๒	๔๗ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	๘๐ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	-
รูปแบบที่ ๓	๔๒ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	๙๐ บาทต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข กรณีรายการบริการ (Fee schedule) พ.ศ. ๒๕๖๖

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.1 บริการของร้านยา (ต่อ) บริการ PP	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการ PP 2 รายการ ยาเม็ดคุมกำเนิด/ถุงยางอนามัย	<u>เพิ่มเติมรายการบริการ PP รวมเป็น 6 รายการ</u> บริการยาเม็ดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา 2) บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินและบริการให้คำปรึกษา 3) บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา 4) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/ สุขภาพจิต 5) บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบ การตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง 6) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก
	ผู้มีสิทธิ	สำหรับคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการเฉพาะด้านเภสัชกรรม	คงเดิม
	อัตราจ่าย	จ่ายตามอัตราที่กำหนด	จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดตามประกาศ FS
	โปรแกรม	E-Prescription	บริการ PP บันทึกในโปรแกรม KTB

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.1 บริการของร้านยา (ต่อ) <u>บริการเภสัชกรรมด้าน</u> <u>เภสัชกรรมปฐมภูมิ</u> (Common illness)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	ให้บริการตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ และมีรหัสโรค (ICD-10) ตามข้อบ่งชี้ที่เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยสภาเภสัชกรรม
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการเฉพาะด้านเภสัชกรรม
	อัตราจ่าย	-	จ่ายเป็นค่าบริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม/คำยาและเวชภัณฑ์ และค่าติดตามอาการและผลการดูแล โดยเหมาจ่ายในอัตรา 180 บาทต่อครั้ง
	โปรแกรม	-	บันทึกในโปรแกรม A-MED Care

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.2 บริการ จัดส่งยาและ เวชภัณฑ์ไปบ้าน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยบริการ มีอาการคงที่และ ควบคุมโรคได้ดี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตรา 50 บาทต่อครั้ง	คงเดิม
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.3 ค่าบริการ Telehealth	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยบริการ มีอาการคงที่และควบคุมโรคได้ดี	-
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมาย และการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช.ได้	คงเดิม
	อัตราจ่าย	อัตรา 30 บาทต่อครั้ง	ปรับอัตราจ่าย 50 บาทต่อครั้ง
	โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.4 ค่าบริการ สาธารณสุขระบบ ทางไกล ในลักษณะ ผู้ป่วยนอกทั่วไป	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	มีระบบการ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	-	สิทธิ UC
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการคลินิกเวชกรรมในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
	อัตราจ่าย	-	<ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง 2) จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา/ค่ายาและเวชภัณฑ์ ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 3) จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา/ค่ายาและเวชภัณฑ์/ ค่าจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง 4) กรณียารักษาโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) และ ยาโมลนูพิราเวียร์ (Molnupiravir) ให้จ่ายเพิ่มเติมได้ โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรายการบริการ (Fee schedule) พ.ศ.2566
	โปรแกรม		AMED

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.5 บริการ คลินิก พยาบาล	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1) จ่ายกรณีบริการการพยาบาลพื้นฐาน (OP) ได้แก่ การให้ยา การทำแผล การดูแลและเปลี่ยนสายสวน 2) บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อวัน ต้องเป็นหน่วยบริการเดียวกัน (HCODE ต่อ PID ต้องเป็น HCODE เดียวกัน) กรณีหน่วยบริการเบิกค่าเยี่ยมบ้านห้ามเบิกหักถถการอื่นๆ เพิ่มเติม 3) บริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) บริการฝากครรภ์ ANC กรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วไม่ใช่ครรภ์เสี่ยง 	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีระบบการ Authentication 2) เพิ่มบริการ PP เป็น 7 รายการ โดยอัตราจ่ายตามประกาศการจ่ายฯ PP ปีงบประมาณ 66 <ol style="list-style-type: none"> (1) บริการ ANC (2) บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดอื่นๆ (3) บริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา (4) บริการทดสอบการตั้งครรภ์ (5) บริการหญิงหลังคลอด (6) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (7) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต 3) บริการปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 4 รายการ <ol style="list-style-type: none"> (1) การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพฯ (2) บริการพื้นฐาน (3) การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (4) การรักษาโรคเบื้องต้น 32 รายการ

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6.5 บริการ คลินิกพยาบาล (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	บริการ ANC สำหรับทุกสิทธิ บริการอื่น เฉพาะผู้มีสิทธิ UC	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการ PP สำหรับทุกสิทธิ ■ บริการอื่น เฉพาะผู้มีสิทธิ UC
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการเฉพาะด้านการพยาบาลและ การผดุงครรภ์	คงเดิม
	อัตราจ่าย	รายการ FS	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการ PP จ่ายตามอัตราของประกาศ PP ปี 2566 ■ บริการอื่นจ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด
	โปรแกรม	e-Claim	ระยะแรกบันทึก e-Claim /ระยะต่อไป KTB

อัตราจ่ายกรณีบริการของคลินิกพยาบาล

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายตามรายการและอัตราตามประกาศ PP ปี 2566

2. บริการปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จ่ายตามอัตรา ดังนี้

(1) การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพฯ

- บริหารยาพ่น 60 บาทต่อครั้ง
- บริหารยาฉีด 30 บาทต่อครั้ง

(2) บริการพยาบาลพื้นฐาน

- บริการทำแผลแห้งหรือแผลเย็บ 80 บาท/ครั้ง
- บริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ 170 บาท/ครั้ง
- บริการทำแผลขนาดใหญ่ 320 บาท/ครั้ง
- บริการล้างตา 80 บาท/ครั้ง
- บริการเช็ดตา 50 บาท/ครั้ง
- บริการล้างจมูก 80 บาท/ครั้ง
- บริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร จ่ายเฉพาะค่าบริการ (ไม่รวมค่าอุปกรณ์) 80 บาท/ครั้ง
- บริการใส่สายสวนปัสสาวะ จ่ายเฉพาะค่าบริการ (ไม่รวมค่าอุปกรณ์) 110 บาท/ครั้ง
- จ่ายค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการข้างต้น ตามรายการและอัตราตามรายการ Fee Schedule ที่ สปสช.กำหนด

(3) การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (เดิม)

- กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายได้ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไร้ความสามารถเล็กน้อย เหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี

(4) บริการการรักษาโรคเบื้องต้น จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา/ค่ายาและเวชภัณฑ์ ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง ตามรายการที่กำหนด

กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	ใหม่_ปี2566
บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และ อัตรา	1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) 3) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) 4) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า ๑๕ หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) ร่วมด้วย จ่ายตามระบบ DRGs version 5 <i>โดยหน่วยบริการที่ให้บริการ IMC ต่อเนื่องจากระยะ Acute care จะได้รับค่าใช้จ่ายเหมือนการดูแลกรณีแยกจ่ายเป็น 2 Episode</i>
	ผู้มีสิทธิ	UC
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	โปรแกรม	e-claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (ผู้ป่วยนอก)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่า Barthel Score หรือ ADL น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel Score หรือ ADL เท่ากับหรือมากกว่า 15 แต่มี Multiple impairment ร่วมด้วย สำหรับ 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 2. สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury : TBI) 3. การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI) โดย 3 กิจกรรมเป็นการจัดการบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชน ภายในระยะเวลา 6 เดือนจากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน และครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด	เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย 1 กลุ่ม 4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากกยันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture)
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	1. กายภาพบำบัด 450บาท/ครั้ง (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง) 2. กิจกรรมบำบัด 150บาท/ครั้ง และ 3. แก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)	1. กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อครั้ง 2. เพิ่มเติมสำหรับการให้บริการในชุมชนกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการประจำ / รับส่งต่อทั่วไป /รับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง	คงเดิม
	โปรแกรม	Disability, OPBKK claim, e-Claim	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
<p>บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง</p> <p style="color: blue;">(ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)</p>	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ภายหลังที่พ้นระยะวิกฤติ มีอาการและสัญญาณชีพคงที่ (Post stroke) ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ทั้งแบบผู้ป่วยใน (IP) ผู้ป่วยนอก (OP) และในชุมชน ตั้งแต่ ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติที่มีอาการและสัญญาณชีพคงที่ รวมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	<p>1. จ่ายค่าฝังเข็มตามผลงานบริการ อัตรา 150 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 20 ครั้ง หรือ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน (180 วัน) ร่วมกับมีการบันทึกค่า BI ทุกครั้ง</p> <p>2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ (เพิ่มเติม) อัตรา 1,000 บาท เมื่อให้บริการผู้ป่วยรายเดิมครบ 20 ครั้ง ในหน่วยบริการเดียวกัน</p>	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนขอเพิ่มศักยภาพการให้บริการฝังเข็ม	คงเดิม
	โปรแกรม	e-claim	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
<p>ค่าบริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้าน การแพทย์ใน รูปแบบ ความร่วมมือ กับองค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น (จังหวัดที่มี กองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับ จังหวัด)</p>	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>สปสช.จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพระดัตบจังหวัด เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดหา อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้มีสิทธิในชุมชน กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด 2. การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการมองเห็นด้าน การทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) 3. หน่วยบริการที่จัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ 9 รายการ รหัสอุปกรณ์ 8706, 8707, 8708, 8711, 8901, 8902, 8903, 8904, 9001 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	สปสช. สมทบ อบจ. เท่ากับไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ	สปสช. สมทบ อบจ. เท่ากับ ไม่เกิน 8 บาทต่อผู้มีสิทธิ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
กรณีบริการ พื้นฟู สมรรถภาพ ทางการเห็น เพื่อการสร้าง ความคุ้นเคยกับ สภาพแวดล้อม และการ เคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็น คนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	อัตราค่าใช้จ่าย 9,000 บาทต่อคน (1 คนเข้ารับบริการได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น) รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น 2 รูปแบบ 1 กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละไม่เกิน 15 คน อัตราส่วนของครูฝึก 1 คนต่อผู้เข้ารับบริการ 5 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อคน โดยให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน 2 กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้รับบริการรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับบริการรายกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม 80 ถึง 120 ชั่วโมง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการมาคุณสมบัติ ดังนี้ 1. ผ่านการรับรองตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน(O&M Instructor) จำนวน ไม่น้อยกว่า 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6 ถึง 8 สัปดาห์จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม 2. จัดให้มีบริการหรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
โปรแกรม	Disability	e-Claim	

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฝึกทักษะ การดำรงชีวิต อิสระสำหรับคน พิการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะดังนี้ 1.1 คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 1.2 ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วม	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตรา	แบ่งจ่ายชดเชย 2 ครั้ง จำนวน 11,000 บาทต่อการให้บริการ 1 ราย ตามอัตรา ดังนี้ 1. ครั้งที่ 1 เหมาะจ่าย จำนวน 6,000 บาท เมื่อหน่วยบริการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ ตกลงบริการ การให้ปรึกษาฉันเพื่อน กำหนด Achieve goal ร่วมกัน หน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึก Achieve goal ในระบบ Disability 2. ครั้งที่ 2 เหมาะจ่าย จำนวน 5,000 บาท เมื่อหน่วยบริการดำเนินการครบตามกำหนด บันทึกผลการดำเนินงาน และ Achieve goal ในระบบ Disability	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่เป็น ศูนย์บริการคนพิการ ทั่วไป	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการ จัดบริการ
	โปรแกรม	Disability	e-Claim

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ โดยกรณี ภายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนได้ ทั้งนี้จ่ายชดเชยตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) โดยจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด (9 รายการ)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) 2. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 3. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 	คงเดิม
	หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2. มีบุคลากรสาขาวิชาชีพตามกิจกรรมที่ขอรับค่าใช้จ่าย 	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการ
	โปรแกรม	Disability , OPBKK Claim , e-Claim	e-Claim

กรณีบริการแพทย์แผนไทย

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
<p>บริการแพทย์แผนไทย</p> <p>(นวด อบ ประคบ ฟั่นพู่ มารดาหลังคลอด ยาสมุนไพรอื่น ๆ)</p>	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย โดยเป็นผลงานบริการตั้งแต่เดือน ตค 64 – พค 65 แบ่งจ่าย 2 งวด คือ งวดที่ 1 ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ต.ค.64 –ม.ค.65 ตัดข้อมูล ก.พ.65 งวดที่ 2 ผลงานบริการตั้งแต่เดือน ก.พ.65 – พ.ค. 65 ตัดข้อมูล มิย 65	<ul style="list-style-type: none"> ■ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ■ จ่ายชดเชย 1 ครั้ง ตามผลงานบริการ 1 มิ.ย 65 –31 พ.ค. 66 ตัดข้อมูล 30 มิย 66
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตรา	1. บริการนวด 200 Point 2. บริการประคบ 150 Point 3. บริการนวดและประคบ 250 Point 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point 5. การฟั่นพู่สมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point 6. ยาสมุนไพร 25 Point /ใบสั่งยา	รายการ 1-5 คงเดิม เพิ่ม 6. ปรับเงื่อนไขการจ่ายยาสมุนไพร (นอกเหนือจาก 9 รายการ) 25 Point /รายการ โดยจ่ายจากเหมาจ่ายใบสั่งยา 1 ใบ เป็นจ่ายตามรายการยา
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย
โปรแกรม	43 แพ้ม , OPBKK Claim , e-Claim	ภูมิภาค ใช้ 43 แพ้ม กทม.ใช้ e-Claim หรือโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ใหม่_ปี2566
<p>สมุนไพรรกลุ่มที่มีประสิทธิภาพชัดเจน/กลุ่มต้องการสนับสนุนให้ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (9 รายการ)</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข : จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ภายใต้วงเงินที่กำหนด</p> <p>ผู้มีสิทธิ : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>หน่วยบริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย</p> <p>โปรแกรม : ภูมิภาคและกทม.ใช้ e-Claim</p>

รายการยา	รูปแบบ หรือ หน่วย	ขนาด	ชดเชยอัตรา (point/หน่วย)
1. ฟ้ำทะลายโจร	แคปซูล	500 mg	0.85
2. ขมิ้นชัน	แคปซูล	500 mg	0.79
3. ประสะมะแว้ง	ยาลูกกลอน	200 mg	5.28
4. ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม	ยาน้ำ	120 ml	27.90
5. ยาโพล	ยาครีม (ตลับ)	30 g	40.77
6. เถาวัลย์เปรียง	แคปซูล	500 mg	0.93
7. ยาประคบ	ลูกประคบ	200 g	62.76
8. ยาราดูบเขย	ยาน้ำ	120 ml	16.29
9. ยาสหัสธารา	แคปซูล	500 mg	1.16

หมายเหตุ : ยาประคบ ชดเชยเฉพาะกรณีสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำไปใช้เองที่บ้าน ไม่ใช่กรณีรับบริการประคบในหน่วยบริการ

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
<p>บริการ กัญชา</p> <p>1. ยาน้ำมัน กัญชาที่ผลิต จากช่อดอก มี THC 2.0 mg/ml</p>	<p>หลักเกณฑ์ เงื่อนไข</p>	<p><u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ผู้ป่วยโรคมะเร็ง /ผู้ป่วยโรคไมเกรน /ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้อง ผ่านการอบรมการใช้้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเตชะ) จาก กรมแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย คงเดิม ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ / ผู้ประกอบการวิชาชีพการเวชกรรม</p>
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	ขนาด 10 ml 172 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 1 – 2 (ขวด/คน/เดือน)	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขในการบริการกัญชาทางการแพทย์ และมีคุณสมบัติ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 กัญชาก้อย.)	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	โปรแกรม	โปรแกรมระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการกัญชา 2. ยาน้ำมัน กัญชาที่ผลิต จากราก ลำ ต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และ เมล็ด	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ผู้ป่วยโรคมะเร็ง / ผู้ป่วยโรคไมเกรน/ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องผ่านการ อบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ และต้องผ่านการอบรมแนวทางการใช้ ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5 จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ รายละเอียดตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ(โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร)	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> คงเดิม <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	ขนาด 5 ml 150 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 2 - 4 (ขวด/คน/เดือน)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขในการบริการกัญชาทางการแพทย์ และมีคุณสมบัติ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้ โทษ ประเภท 5 กัญชากบอย.)	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด
	โปรแกรม	โปรแกรมระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
บริการกัญชา 3. ยาน้ำมัน สารสกัด กัญชาที่มี THC ไม่เกิน 0.5 mg/drop	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> เป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทาง การแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้นทะเบียนกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> คงเดิม <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	ขนาด 5 ml 500 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 2 (ขวด/คน/เดือน)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขในการบริการกัญชาทางการแพทย์ และมีคุณสมบัติ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้ โทษ ประเภท 5 กัญชากับอย.)	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตาม มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	โปรแกรม	โปรแกรมระบบบัญญัติยา(จ2) หัวข้อยากัญชา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
บริการกัญชา 4. ยาน้ำมัน สารสกัด กัญชาที่มี THC และ CBD 1:1	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> เป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทาง การแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้นทะเบียนกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> คงเดิม <u>ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา</u> ผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	ขนาด 5 ml 900 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 2 (ขวด/คน/เดือน)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขในการบริการกัญชาทางการแพทย์ และมีคุณสมบัติ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้ โทษ ประเภท 5 กัญชากับอย.)	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตาม มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	โปรแกรม	โปรแกรมระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
บริการกัญชา 5. ยาน้ำมัน สารสกัด กัญชาที่มี CBD:THC มากกว่าหรือ เท่ากับ 20:1	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ยา เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรม หลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้น ทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัด กัญชา และ อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการ พัฒนาระบบยาแห่งชาติ (สถาบันประสาทวิทยา)	กรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติ ไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยา แห่งชาติ
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตรา	ขนาด 10 ml 2,000 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 6 (ขวด/คน/เดือน) ขนาด 30 ml 6,000 บาท/ขวด ปริมาณการใช้ยา 2 (ขวด/คน/เดือน)	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรับรองจาก กระทรวงสาธารณสุขในการบริการกัญชาทางการแพทย์ และมีคุณสมบัติตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 กัญชากับอย.)	หน่วยบริการในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือ มีบุคลากรตามมาตรฐานที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด
	โปรแกรม	โปรแกรมระบบปัญญาชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา	คงเดิม

การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ใหม่_ปี2566
<p>ยาสมุนไพรที่มี ส่วนผสมของกัญชา</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข : จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ผู้มีสิทธิ : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และมีการใช้ยาสมุนไพร หน่วยบริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ และ/หรือมีบุคลากรตามมาตรฐานที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเงื่อนไขตามข้อกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา 2 โปรแกรม : โปรแกรมระบบบัญชียา(จ2) หัวข้อยากัญชา</p>

ตำรับยา	ขนาด	อัตราจ่าย (บาท)	ปริมาณการใช้ยา (คน/เดือน)	กลุ่มเป้าหมาย
1. ยาแก้ลมแก้เส้น	500 มก/แคปซูล	3.5 บาท/แคปซูล	120 แคปซูล/คน/เดือน	แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อ ที่มีอาการมือเท้าชา
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	13บาท/ซอง	30 ซอง/คน/เดือน	
2. ยาคุชไสยาสน์	500 มก/แคปซูล	3.5 บาท/แคปซูล	120 แคปซูล/คน/เดือน	แก้อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	11 บาท/ซอง	30 ซอง/คน/เดือน	
3. ยาทำลายพระสุเมรุ	500 มก/แคปซูล	2.25 บาท/แคปซูล	240 แคปซูล/คน/เดือน	แก้ลมเปลี่ยนดำ ฟันฟูอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคลมอัม พฤกษ์อัมพาต
	ชนิดบรรจุซอง 2กรัม/ซอง	8 บาท/ซอง	60 ซอง/คน/เดือน	

กรณีบริการโรคเฉพาะ
(Disease management)

กรณีบริการโรคเฉพาฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. การดูแลรักษาโรค ค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายรายเดือน เป็นเงินหรือเป็นยาตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย	เพิ่มการจ่ายกรณีโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบนด์
	ผู้มีสิทธิ	UC หรือสิทธิว่าง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1) เหมาจ่ายเป็นเงินตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย 2) จ่ายเป็นยา Factor VIII ให้สภากาชาดไทย โดยจ่ายผ่านระบบ VMI	จ่ายเป็นเงิน ค่าแฟคเตอร์ 250 IU อัตรา 2,460 บาท ค่าแฟคเตอร์ 500 IU อัตรา 4,920 บาท และกำหนดอัตราการใช้แฟคเตอร์ตามประเภทของโรคฮีโมฟีเลีย
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะๆ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2.1 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยงอนามัย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยงอนามัย อยู่ที่งบบริการร้การษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วย HTC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	VCT = 7 บาท / Anti-HIV = 140 บาท / ฤงยงอนามัยตามงบประมาณ	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะๆ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>2. บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>2.2 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ ฤงยางอนามัย</p>	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP)	ขยายกลุ่มเป้าหมายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (HIV PEP) ไปประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม (เริ่ม 1 ม.ค. 65)
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ที่มีความเสี่ยง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้านไวรัสตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะๆ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง


บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และผู้ป่วย เอดส์ การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี 2.3 บริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัส (PrEP)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP)	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการอบรมจากกรมคุมโรค	คงเดิม
	อัตราจ่าย	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาต้านไวรัส ตามที่ สปสช. กำหนด	คงเดิม
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

กรณีบริการโรคเฉพาะๆ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ การ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	กรณีตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบซี	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ PWID สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส	คงเดิม
2.4 กรณีตรวจ ยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	อัตราจ่าย	Anti HCV Rapid <ul style="list-style-type: none"> ▪ test 70 บาท/ครั้ง ▪ อัดโนมัติ 300 บาท/ครั้ง HCV RNA Quantitative 2,300 บาท APRI score หรือ Fibrosis-4 score 200 บาท หรือ Fibro scan 2,000 บาท หรือ Fibro marker panel 2,000 บาท	ตรวจคัดกรอง (Rapid Test Or Automate) 50 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันก่อนการรักษา <ul style="list-style-type: none"> ▪ HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ ▪ HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง ค่าตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ 200 บาท/ครั้ง ตรวจยืนยันหลังการรักษา <ul style="list-style-type: none"> ▪ HCV core antigen 600 บาท/ครั้ง หรือ ▪ HCV RNA (qualitative or quantitative) 1,300 บาท/ครั้ง
	โปรแกรม	NAP	คงเดิม

หมายเหตุ กรณีไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ HIV สามารถตรวจไวรัสตับอักเสบบี เพื่อยืนยันก่อนและหลังรักษาโดยเบิกจ่ายจากโปรแกรม e-Claim

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี2565	ใหม่_ปี2566
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน 2. ค่าวางสาย TK 3. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่มีบริการ CAPD - APD
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim
		เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form  concent form
		เพิ่ม 1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ - ทางเลือกที่ 1 ขอรับผ่านระบบ VMI (เหมือนปี 65) - ทางเลือกที่ 2 ขอรับเป็นเงิน จ่าย CAPD 15,000 / APD 18,000 บาทต่อรายต่อเดือน 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct 3. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายเพิ่มเติม 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน (หน่วยบริการ 85 แห่ง)
		คงเดิม
		คงเดิม
		คงเดิม

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566																				
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ)	-	<p>3.อัตราจ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ■ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน <table border="1" data-bbox="511 393 1420 889"> <thead> <tr> <th colspan="2">เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ</th> <th>วิธีคำนวณ</th> <th>น้ำหนักเกณฑ์ (a)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT</td> <td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl</td> <td>จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน</td> <td>One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)</td> <td>จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ■ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรก (ตค.65 – มีค.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา (เมย.-กย.66) ○ รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลัง (เมย – กย.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง 6 เดือนถัดมา (ตค.66 –มีค.67) 	เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)	1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%	2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%	3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%	4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%
เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)																			
1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%																			
2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%																			
3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%																			
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือนของหน่วยบริการนั้น	25%																			

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง 2. ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ฆ่าเชื้อ 3. ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct 	<u>เพิ่ม</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าฟอกเลือด <ul style="list-style-type: none"> - ทางเลือกที่ 1 จ่าย 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง - ทางเลือกที่ 2 จ่าย 1,300 , 3,800 บาท/ครั้ง + ตัวกรอง สาย เข็ม [HIV, TB, Covid 19 (ค่าอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ค่ารถ ค่าทำความสะอาดรถคงเดิม)] 2. ค่าทำ Vascular access <ul style="list-style-type: none"> - TCC จ่าย 5,600 บาท + รหัส 4905 จ่าย 5,000 บาท - AVF จ่าย 13,500 บาท - AVG จ่าย 13,500 บาท + รหัส 4016 จ่าย 600 บาท/ชม. - DLC จ่าย 5,000 บาท 3. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD และบันทึกข้อมูลใน CPP	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD กรณีฟอกเลือด หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วย บริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม	

การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
3. บริการ ปลูกถ่ายไต	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS	<u>เพิ่ม</u> ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1. ค่าเตรียมผู้รับบริจาค 2. ค่าเตรียมผู้บริจาค 3. ค่าผ่าตัด ตาม Protocol 4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด	คงเดิม
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการที่เป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	คงเดิม
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2566

ค่าบริการ P&P
(322.56 บาท X ปชก.ทุกสิทธิ 66.286 ล้านคน*)

*เป้าหมาย Thai pop 66.286 ล้านคน
ณ 1 เมษายน 2565 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

Central Procurement
&NPP (26.75 บาท/ คน)

PPA
(4 บาท/ คน)

P&P basic service
(291.81 บาท/ คน)

1.) Central Procurement

- วัคซีน EPI, วัคซีนไข้หวัดใหญ่, วัคซีน HPV, และ วัคซีน Rotavirus
 - ยุยุดิการตั้งครุรรม์
 - ฤงยงอนน้ามัย
- ## 2.) NPP
- สมุดบันทึกสุขภาพ
 - โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ
 - สายด่วนสุขภาพจิต
 - สายด่วนเลิกบุหรี

- 1.) จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ ฯ
- 2.) ให้ สปสช.เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ การกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนดโดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

การจัดสรรงบประมาณ

- 1.) จำนวน 232.32 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมคัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก อายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี) การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ บริการคัดกรองโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI และบริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยคำนวณ ดังนี้
 - 65 % เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
 - 35 % เหมาจ่ายตาม Workload เดือน เมย.64-มีค.65 หรือที่เป็นปัจจุบัน
- 2.) จำนวนที่เหลือ 59.49 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 22 รายการ (เน้นกลุ่มวัยทำงาน) โดยทุกรายการต้องมีระบบ Authentication และระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต

การบริหารการจ่าย

- 1.) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. การพิจารณาจัดสรรแบบเหมาจ่ายในลักษณะ step ladder
- 2.) กรณีเงินเหลือจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย 35 % และ FS กลุ่มหน่วยบริการนอกสธ. ให้ดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการงบประมาณเงินกองทุน
- 3.) ทุกเขตพื้นที่ สามารถปรับอัตราการจ่ายรายหัว หรือจ่ายตามผลงานบริการ หรือทั้งสองกรณี ตามหลักเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด
- 4.) เพิ่มกลไกการบริหารงบประมาณ และมาตรการกำกับ ติดตามให้สิทธิ Non UC เข้าถึงบริการมากขึ้น

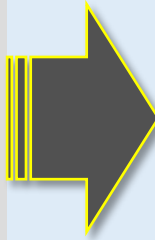
การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการค่าบริการ P&P ปีงบประมาณ 2566

1. Central Procurement & NPP	2. PPA	3. P&P basic services	
		3.1 P&P capitation	3.2 P&P Fee Schedule
<p>1) ย้าย การจ่ายค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ไปจ่ายในรายการ PP FS</p> <p>2) เพิ่ม สายด่วนสุขภาพจิต และ สายด่วนเลิกบุหรี่</p>	<p>- จ่ายตามโครงการบริการ PP โดยมีการจัดทำข้อตกลงหรือสัญญา กับหน่วยงาน หรือ องค์กร ที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด</p>	<p><u>Capitation</u></p> <p>1) ยกเลิก บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ด้วย Fit test กลุ่มอายุ 50 – 70 ปี (นำไปจ่ายในรายการ PP FS)</p> <p>2) ปรับ รายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดในเด็กกลุ่มเสี่ยง เป็น เด็กแรกเกิดทุกคน <p>3) เพิ่ม รายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ - บริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด - บริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน <p><u>Workload</u></p> <p>เพิ่ม รายการบริการพันธุกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบ หลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี)</p>	<p>ปรับ รายการ Fee schedule จาก จำนวน 9 รายการ เป็นจำนวน 22 รายการ โดยเน้นกลุ่มวัยทำงานให้เข้าถึง บริการ P&P เพิ่มขึ้น</p>

เปรียบเทียบรายการ PP FS ปิงประมาณ 2565 และ 2566

รายการ FS_65 (9 รายการเดิม)

1. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
6. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
7. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิกฟีลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์
11. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
12. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
13. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
14. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์
15. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)



เฉพาะ
สิทธิ UC

รายการ FS_66 (ปรับเป็น 22 รายการ)

1. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิกฟีลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์*
5. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
6. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
7. การตรวจหลังคลอด*
8. การทดสอบการตั้งครรภ์*
9. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
10. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
11. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
12. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)*
13. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
14. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต*
15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์*
16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)*
17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก*
18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก*
19. บริการวัดคลื่นคอติบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่*
20. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)*
21. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)*
22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2565	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening)</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<ol style="list-style-type: none"> เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) (เฉพาะอายุ 30 - 45 ปี) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ <ol style="list-style-type: none"> ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผลการตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ ให้ตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปี มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (เฉพาะหน่วยบริการเอกชน) 	<ol style="list-style-type: none"> ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายคนละ ๑ ครั้ง ทุก ๕ ปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA test, Pap smear, VIA) <u>เว้นแต่กลุ่มเป้าหมายต้องการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ถ้าไม่เคยตรวจด้วยวิธีนี้มาก่อน ให้สามารถตรวจได้เลยหรือในปีถัดไปหลังจากการตรวจด้วยวิธีอื่น</u> บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test <u>รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling)</u> มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening) (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง* บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test <ol style="list-style-type: none"> บริการเก็บตัวอย่าง รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ <ul style="list-style-type: none"> กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง 	ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปีหลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน 	คงเดิม	

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการฝากครรภ์ (ANC)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตามรายการบริการหรือกิจกรรมสำหรับบริการฝากครรภ์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย</p> <p>1.1 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ครั้งที่ 1 ตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screen และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ) ▪ ครั้งที่ 2 ตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด <p>1.2 บริการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1 ครั้ง</p> <p>1.3 บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวน 1 ครั้ง โดยมี 2 กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ▪ บริการขัดทำความสะอาดฟัน (Oral prophylaxis) <p>2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (เฉพาะหน่วยบริการเอกชน)</p>	มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการฝากครรภ์ (ANC) (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อครั้ง* ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่าย</p> <p>2. ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 <u>ตรวจครบทุกรายการที่กำหนด</u> จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>3. ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์*</p> <p>5. ค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นในหน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล</p> <p>- บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์ (การให้บริการทั้ง 2 กิจกรรม อาจไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกัน)</p>	<p>* กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปประมวลกฎหมายอาญา ที่แก้ไขตาม "พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564 " หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย</p> <p>1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงการประสานส่งต่อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง</p> <p>2. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์</p>

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์/รับส่งต่อเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค๒

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการฝากครรภ์ (ANC) (ต่อ)	โปรแกรม	<p>1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน</p> <p>2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน</p>	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p>เมื่อผลการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นผิดปกติทั้งคู่ ดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1) ส่งเลือดตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb Typing) ในกรณีผลการตรวจ Hb typing ผิดปกติ ต้องส่งเลือดตรวจวิเคราะห์ระดับ DNA (DNA analysis) 1.2) ส่งตรวจ Alpha-thalassemia 1 กรณีเสี่ยงต่อ Hb Bart's hydrops fetalis 1.3) ส่งตรวจ beta-thalassemia mutation กรณีเสี่ยงต่อ beta-tha/E หรือ beta-thal maj 2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ เมื่อผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ดำเนินการตรวจวินิจฉัย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling ,CVS) หรือ 2) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ 3) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 2.2) การตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis <ol style="list-style-type: none"> 1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ 2) ตรวจ Hb typing 3. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 	<p>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</p>

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1) ค่าตรวจ Hb typing <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i> 1.2) ค่าตรวจ Alpha - thalassemia 1 <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i> 1.3) ค่าตรวจ Beta thalassemia mutation <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i> 2. <u>ค่าตรวจยืนยันทารกในครรภ์</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ค่าทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</i> <ul style="list-style-type: none"> - การตัดชิ้นเนื้ออรก (Chorionic villus sampling, CVS) - การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) - การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 2.2 ค่าตรวจ DNA Based Analysis <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i> 2.3 ค่าตรวจ Hb typing <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i> 3. <u>ค่าการยุติการตั้งครรภ์</u> <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i> 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	โปรแกรม	<p>1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน</p> <p>2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน</p>	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>1.1) เจาะเลือดปัสสาวะส่งตรวจคัดกรอง</p> <p>1.2) การส่งซีรัมเพื่อตรวจคัดกรอง</p> <p>1.3) ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test</p> <p>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</p> <p>กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดำเนินการดังนี้</p> <p>2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <p>1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ</p> <p>2) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p> <p>2.2) ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</p> <p>3. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</p>	มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping) - การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ - การยุติการตั้งครรภ์	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การเจาะเลือดปั่นซีรัม จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 1.2 การเจาะเลือดปั่นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าบริการตรวจ Quadruple test (Beta-HCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A) <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การตรวจ Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 2.2 การตรวจ Quadruple test โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เมื่อผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) 3.2 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 4. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ 5. การยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	โปรแกรม	<p>1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน</p> <p>2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน</p>	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p>1. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคและโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU)</p> <p>1.1 เด็กแรกเกิดคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม</p> <p>ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพินิลคีโตนูเรีย 1 ครั้ง</p> <p>1.2 กรณีเด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์</p> <p>2. การติดตามและตรวจยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคและโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU)</p> <p>2.1 หน่วยบริการที่ทำคลอด: เจาะเลือดจากส้นเท้าเด็กเมื่ออายุ 48 ชั่วโมง เมื่อเลือดแห้งส่งกระดาษซับไปยังหน่วยตรวจคัดกรองในเครือข่าย</p> <p>2.2 หน่วยตรวจคัดกรอง: ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) และรายงานผลไปยังหน่วยบริการที่ทำคลอด</p> <p>2.3 หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ ติดตามเด็ก (ที่มีผลการคัดกรอง ผิดปกติ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) <p>ผิดปกติและเจาะเลือดตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ Free T4 และ TSH เพื่อวินิจฉัยยืนยันและให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน</p> <p>2.4 รายที่มีผลการตรวจคัดกรอง PKU ผิดปกติ ให้ติดตามและส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลโรคหายาก (rare disease)</p>	<p>ไม่ต้องพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</p>

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
5. บริการ ป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2. ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 4. โรงพยาบาลศิริราช 5. โรงพยาบาลรามาริบัติ 6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 7. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน 2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน 	คงเดิม
	โปรแกรม	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ <u>(เดิม ปี 2565 :</u> บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นหญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกคนที่ต้องการคุมกำเนิดหรืออยู่ในภาวะหลังคลอดหรือหลังแท้ง 2. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นหญิงไทยอายุ 20 ปี ขึ้นไป ทุกคน โดยเป็นการรับบริการไม่เกิน 4 สัปดาห์หลังการยุติการตั้งครรภ์ 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (เฉพาะหน่วยบริการเอกชน) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา 2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา 3. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา 4. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา 5. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาลอายุต่ำกว่า 20 ปี 2. หญิงไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาลอายุ 20 ปี ขึ้นไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ 2. ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2565	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	คงเดิม
	อัตราจ่าย	<p>1. บริการใส่ห่วงอนามัย เหมาะจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>2. บริการฝังยาคุมกำเนิด เหมาะจ่าย ในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง ทุก 3 ปี</p> <p>ทั้งนี้ อัตราขาดเซยค่าบริการดังกล่าวได้รวมค่าบริการรักษาผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคุมกำเนิด กิ่งถาวร หรือการเอาอุปกรณ์คุมกำเนิดกิ่งถาวรออกจากร่างกาย</p>	<p>■ <u>หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์</u></p> <p>1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผง และไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี</p> <p style="margin-left: 20px;">1.1 สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive – COC) ที่ให้แก่หญิงปกติทั่วไป เหมาะจ่ายในอัตรา 40 บาทต่อแผง</p> <p style="margin-left: 20px;">1.2 สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill – POP) (มี Lynestrenol 0.5 mg.) ที่ให้แก่หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือนและผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออรัฯ เหมาะจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อแผง</p> <p>2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี</p> <p>3. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อแผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี</p> <p>4. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาะจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>5. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาะจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง ทุก 3 ปี</p> <p style="margin-left: 20px;"><u>อัตรานี้รวมค่าถอดยาฝังคุมกำเนิดออก</u></p> <p>■ <u>ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์</u></p> <p>6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 10 บาทต่อครั้ง โดยจ่ายถุงยางอนามัยครั้งละ 10 ชิ้นต่อคนต่อสัปดาห์ ไม่เกิน 52 ครั้งต่อปี</p>

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
6. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)	โปรแกรม		<p>1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน</p> <p>2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน</p>

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์/รับส่งต่อเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
7.บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ด้วยวิธีการใช้ยา (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ใดๆอย่างหนึ่ง 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (เฉพาะหน่วยบริการเอกชน) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ไม่ต้องพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ
	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา	คงเดิม
	หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ ด้วยวิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) ใดๆอย่างหนึ่ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบส่งต่อ รวมถึงการให้บริการกรณีผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว 2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2565	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
7.บริการ ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ต่อ)	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1.บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2.บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA/EVA) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3.การจ่ายชดเชยจะไม่รวมถึงกรณีดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> ก. การยุติการตั้งครรภ์จากกรณีคัดกรองพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมและโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ข. การรักษาภาวะ Blighted ovum, Molar pregnancy, Dead fetus in utero ค. ผู้ป่วยที่มีรักษาในกรณี incomplete abortion 	คงเดิม
	โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2.หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน 3. กรณียาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) : โปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver) 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
8. บริการ แว่นตาสำหรับ เด็กที่มีสายตา ผิดปกติ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตามีผิดปกติ โดยการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ให้แว่นตาสำหรับเด็ก 2. มีการตรวจติดตามหลังจ่ายแว่นตา 6 เดือน 3. สปสช.จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข สำหรับเป็นค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามตามประเภทของเลนส์ที่ใช้ 4. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง) 	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	คงเดิม
	หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตามีผิดปกติ โดยให้บริการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 2. การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ หรือนักทัศนมาตร 3. การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
8. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ (ต่อ)	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี 	คงเดิม
	โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) 2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) 3. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคที่ดื้อยา Second - line drugs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	<p>ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือ เท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7) บุคลากรสาธารณสุข 	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ ที่สามารถให้บริการคัดกรองและค้นหาวัณโรค	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี 2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคด้วยยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 TB-LAMP จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง หรือ 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อตัวยา Rifampicin (ชนิดเดียว) อัตรา 100 บาทต่อครั้ง 2.3 Real-time PCR MTB/MDR จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อตัวยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง 2.4 Line Probe Assay (LPA) จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท ต่อครั้ง - ตรวจหาเชื้อตัวยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง 	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)	อัตราจ่าย (ต่อ)	<p>3. หากตรวจพบผลดี้อย่า First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดี้อย่า Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า (RR/MDR-TB) จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <p>3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</p> <p>3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</p> <p>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</p> <p>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือก<u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid media จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง - เทคนิค Liquid media จ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง 	คงเดิม
	โปรแกรม	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	คงเดิม

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening เมื่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก 2. บริการตรวจโรคซิฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ตรวจ VDRL 2.2 ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้ <ul style="list-style-type: none"> - บริการฝากครรภ์ - บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
<p>10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)</p>	<p>อัตราจ่าย</p>	<p>-</p>	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อการตั้งครรภ์ 3. ค่าบริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี TPHA จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อการตั้งครรภ์
	<p>โปรแกรม</p>	<p>-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน 2.หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
11. บริการตรวจหลังคลอด	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1. บริการตรวจหลังคลอด ตามข้อแนะนำของกรมอนามัย ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้ 1.1 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด 1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด 2. บริการป้องกันการขาด ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อครั้งหลังคลอด 2. ค่ายา Triferdine ครั้งละ 90 เม็ด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งหลังคลอด
	โปรแกรม	-	1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์/ด้านเภสัชกรรม/ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
12.บริการ ทดสอบการ ตั้งครุฑ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	1. บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครุฑ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครุฑด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัย ตั้งครุฑ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่สงสัยตั้งครุฑหรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครุฑได้
	อัตราจ่าย	-	ค่าบริการทดสอบการตั้งครุฑ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครุฑด้วยตัวเอง ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง
	โปรแกรม	-	1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการ ส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการ จ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครุฑ/ด้านเภสัชกรรม/ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ด้านเทคนิคการแพทย์

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง


รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
13. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก 2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) โดยแพทย์ หรือทันตแพทย์
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน 	

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม/ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA 2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ 2. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-  One page BRCA1/BRCA2	<p><u>ประชาชนไทยทุกสิทธิที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</u></p> 1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความเสี่ยงสูง 2. ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 <p>ทั้งนี้เป็นไปตาม Guideline ข้อเสนอแนะการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและญาติสายตรงฯ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>
	หน่วยบริการ	-	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ดังนี้</p> 1) <u>หน่วยเก็บตัวอย่าง</u> : หน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2) <u>หน่วยตรวจยีน</u> : หน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ ภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ รพ. รามาธิบดี, รพ. จุฬาลงกรณ์, รพ. ศิริราช, สถาบันชีววิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, บี เอ็ม แอล คลินิกเทคนิคการแพทย์ บริษัท N Health)

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)	อัตราจ่าย	-	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ในอัตรา 500 บาท ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 <ol style="list-style-type: none"> ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท
	โปรแกรม	-	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เด็กแรกเกิดคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 1 ครั้ง 1.2 เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ 2. การติดตามและตรวจยืนยัน ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 หน่วยบริการที่ทำคลอด: เจาะเลือดจากส้นเท้าเด็กเมื่ออายุ 48 ชั่วโมง เมื่อเลือดแห้งส่งกระดาษซับไปยังหน่วยตรวจคัดกรองในเครือข่าย 2.2 หน่วยตรวจคัดกรอง: ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก และรายงานผลไปยังหน่วยบริการที่ทำคลอด 2.3 หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ติดตามเด็ก (ที่มีผลการคัดกรอง ผิดปกติ) <ul style="list-style-type: none"> ติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก - กรณีเร่งด่วนมาก ให้ติดตามเด็กรับการประเมินภายใน 24 ชม. - กรณีเร่งด่วนปานกลาง ให้ติดตามเด็กรับการประเมินภายใน 48 ชม. 3. ไม่ต้องพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) (ต่อ)	ผู้มีสิทธิ	-	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด 2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน / ประเมินความผิดปกติ
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง >>>>>> จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน
	โปรแกรม	-	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal) http://:nprp.nhso.go.th และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน

หมายเหตุ: สามารถบูรณาการการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ร่วมกับบริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิดได้

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
17. บริการ คัดกรอง โลหิตจาง จากการ ขาดธาตุ เหล็ก	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	1. บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อชีวิต
	โปรแกรม	-	1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์/ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	1. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (Ferrofolic) (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) กรณีตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	<u>หน่วยบริการ</u> : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี
	โปรแกรม	-	1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
20. บริการ วัคซีน วัคซีน ใช้ขวด ใหญ่ตาม ฤดูกาล	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาลให้ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	<p>ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป (ให้บริการตลอดทั้งปี) 2. เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปีทุกคน 3. ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน 4. บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 5. โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) 6. โรคอ้วน (น้ำหนัก > 100 กิโลกรัม หรือ BMI > 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 7. ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
	อัตราจ่าย	-	ค่าบริการฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาล จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้งต่อปี
	โปรแกรม	-	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
21. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	<p>ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี ทุกสิทธิ</p> <p>เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือ สาเหตุอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกกรัน รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด</p>
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการ UC ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้
	อัตราจ่าย	-	ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี
	โปรแกรม	-	<ol style="list-style-type: none"> หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป๋าตัง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม/ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม ปี 2565	ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
22. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี รวมถึงบริการให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ 2. รายที่ผลตรวจผิดปกติให้ได้รับการตรวจยืนยัน ด้วย Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
	อัตราจ่าย	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี ▪ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง ▪ <u>กรณีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย FIT Test ผิดปกติ ให้คำปรึกษาและส่งตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วย Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายจากงบการรักษาของแต่ละกองทุนสิทธิ ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UCs บริการตรวจ Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy จ่ายตามระบบ ODS</u>
โปรแกรม	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน 2. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ Non cap : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน 	

หน่วยบริการ Non cap ในพื้นที่ สปสช. เขต 1-12 : หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

กรณีบริการ NPP

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1. บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323	
ค่าบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	50
2. บริการสายด้วยเลิกบุหรี่ 1600	
ค่าบริการให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยา ทางโทรศัพท์	50

บริการ NPP ปี 66

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
1. บริการ สายด่วน สุขภาพจิต 1323	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือ เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น 2. ให้บริการตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมการประเมินอาการ ความรุนแรง การให้คำปรึกษา และหรือประสานส่งต่อ และ หรือติดตามอาการหลังให้บริการ 3. ให้บริการโดยนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานการให้บริการของกรมสุขภาพจิต 4. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่จำกัดอายุ ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยทางจิต
	หน่วย บริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ตามมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตกำหนด ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท/ครั้ง โดยจ่ายเฉพาะรายที่สามารถพิสูจน์ตัวตนได้
	โปรแกรม	-	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์) : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน

บริการ NPP ปี 66

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
2. บริการ สายด่วน เลิกบุหรี่ 1600	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยาสูบ ทางโทรศัพท์ 2. ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ 3. รับส่งต่อจากหน่วยบริการเพื่อติดตามอาการผู้เสพยาสูบติดต่อสื่อสารนิโคตินที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ 4. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	-	ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่ติดบุหรี่และสมัครใจเข้ารับบริการ
	หน่วยบริการ	-	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สถานบริการสาธารณสุขอื่น ตามมาตรา 3 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545) (เริ่มเมื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบ UCs แล้ว ประมาณเดือน มี.ค. 66)
	อัตราจ่าย	-	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - บริการให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยาสูบ ทางโทรศัพท์ จ่ายตามการให้บริการจริง ในอัตรา 50 บาท/ครั้ง (<u>ไม่เกิน 12 ครั้ง/คน/ปี</u>) โดยจ่ายเฉพาะรายที่สามารถพิสูจน์ตัวตนได้
	โปรแกรม	-	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์) : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (http://eclaim.nhso.go.th) เป็นรายเดือน

กรณีบริการ ยา จ๒

รายการยาใหม่ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566

ยาเดิม/ <u>เพิ่มข้อบ่งใช้ใหม่</u>	1. Bevacizumab	โรคจอตาผิดปกติในเด็กเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP)
	2. Voriconazole	โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Trichosporon spp.
	3. Linezolid	โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)
	4. Sofosbuvir + Velpatasvir	โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีโรคติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย : ปรับเงื่อนไขการสั่งใช้ยาไม่ต้องตรวจสภาพตับก่อนการใช้ยา
	5. Rituximab	โรค neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD)
	6. Octreotide acetate	ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
ยาเดิม/ <u>เปลี่ยนแปลงบัญชี</u> <u>ยา จ๒ เป็น ง</u>	1. Docetaxel	1. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ 2. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย 3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม 4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
	2. Letrozole 2.5 mg tablet	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER2 receptor เป็นบวก
<u>ยาใหม่ /</u> <u>ข้อบ่งใช้ใหม่ (อยู่ระหว่าง</u> <u>กระบวนการจัดหายา)</u>	1. Posaconazole	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราไมโครโมโคสิส (Invasive mucormycosis) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่ทนต่อยา amphotericin B
	2. Cysteamine bitartrate	รักษาโรค Nephropathic Cystinosis
	3. Sapropterin (BH4) (oral form)	1. รักษากลุ่มโรค Tetrahydrobiopterin (BH4) 2. รักษาโรค Phenylketonuria (PKU)
	4. Infliximab (สำหรับ IBD, AS)	1. โรคลำไส้แปรปรวน (inflammatory bowel disease) 2. โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing spondylitis)
	5. Adalimumab (สำหรับ PsA, RA)	1. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis) 2. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

การจัดการ ธุรกรรมการเบิกจ่าย
และระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขสิทธิอื่น

National Clearing House : NCH

บทบาทของ สปสช.ในการดำเนินการสิทธิอื่น

1. สปสช.ทำหน้าที่ Clearing House : กองทุนโอนเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)	สถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่ง	กรมบัญชีกลาง
ประกันสังคม	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	สำนักงานประกันสังคม
กรุงเทพมหานคร new !!	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชนตามเงื่อนไขที่กำหนด	กรุงเทพมหานคร
ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	หน่วยบริการของรัฐตามที่กำหนด	กองเศรษฐกิจฯ สธ.
บุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สพฉ.
บุคลากร สปสช.	สถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง (ที่ให้สิทธิจ่ายตรง)	สปสช.

2. เข้าตามมาตรา 9 : สปสช.บริหารจัดการทั้งหมด

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

3. รับฝากงบประมาณดำเนินการ

สิทธิ	สถานพยาบาล	ผู้โอนเงิน
ผู้ประกันตนคนพิการ	หน่วยบริการในระบบ UC	สปสช.

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน

1. ใช้ระเบียบ หลักเกณฑ์ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

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

2. สิทธิประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

3. ใช้ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด

- ❖ สิทธิผู้พิการประกันสังคม (เลือกใช้สิทธิ UC)
- ❖ สิทธิ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

กรณีบริการสิทธิอื่น ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลงปี 2566
1. การเบิกจ่ายสิทธิ ข้าราชการกรุงเทพมหานคร	ส่งกับ สกส.	ข้อมูลบริการ/จำหน่าย ตั้งแต่ 1 ต.ค 65 สถานพยาบาลส่งเบิกผ่านระบบ ของ สปสช. ทั้งหมด หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายใช้ระเบียบกรมบัญชีกลาง >> ขอความร่วมมือสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งให้บริการ เบิกจ่ายตรงแก่ผู้มีสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร กรณีเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เคยมีการเบิกจ่ายกับ กรุงเทพมหานครมาก่อน บันทึกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร ส่งมายัง สปสช. เพื่อประสานกรุงเทพมหานครต่อไป
2. การขออนุมัติใช้ยาราคา แพง (PA)	ขออนุมัติผ่านหน้าเว็บ สพตส.	ขออนุมัติผ่านเว็บ สปสช.

กรณีบริการสิทธิอื่น ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลงปี 2566
3. กรมบัญชีกลางปรับปรุง และเพิ่มรายการอุปกรณ์	อ้างอิงตาม ว 484 ลงวันที่ 21 ธ.ค. 60	<p>อ้างอิงตาม ว 484 ลทพ. 21 ธ.ค. 60 <u>และ</u> ว 1207 ลทพ. 28 กันยายน 2565</p> <ol style="list-style-type: none">ยกเลิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ หมวด 7 กระดุก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น จำนวน 1 รายการ >> รหัส 7215 แผ่นโลหะตามกระดุกยึดกระดุกที่นิ้วมือปรับปรุงรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 2 รายการ ได้แก่<ol style="list-style-type: none">2.1 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด <u>รหัส 5701</u> แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)2.2 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาวใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้ <u>รหัส 5702</u> แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two piece appliance)เพิ่มเติมรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ <u>จำนวน 20 รายการ</u>

NEW

การจัดการ ธุรกรรมการเบิกจ่าย

สิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่าย สิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร

เป็นการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่
ข้าราชการของกรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. สถานพยาบาลของทางราชการทุกแห่ง
2. สถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามในสัญญากับกรุงเทพมหานคร
(กรณีฟอกเลือดล้างไต และนัดผ่าตัดส่องหน้า)

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิสวัสดิการ
รักษาพยาบาลของกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามที่
กระทรวงการคลังกำหนด

อัตราการเบิกจ่าย ::

ใช้อัตราการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิ
สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

การโอนเงิน :

โดย กรุงเทพมหานคร

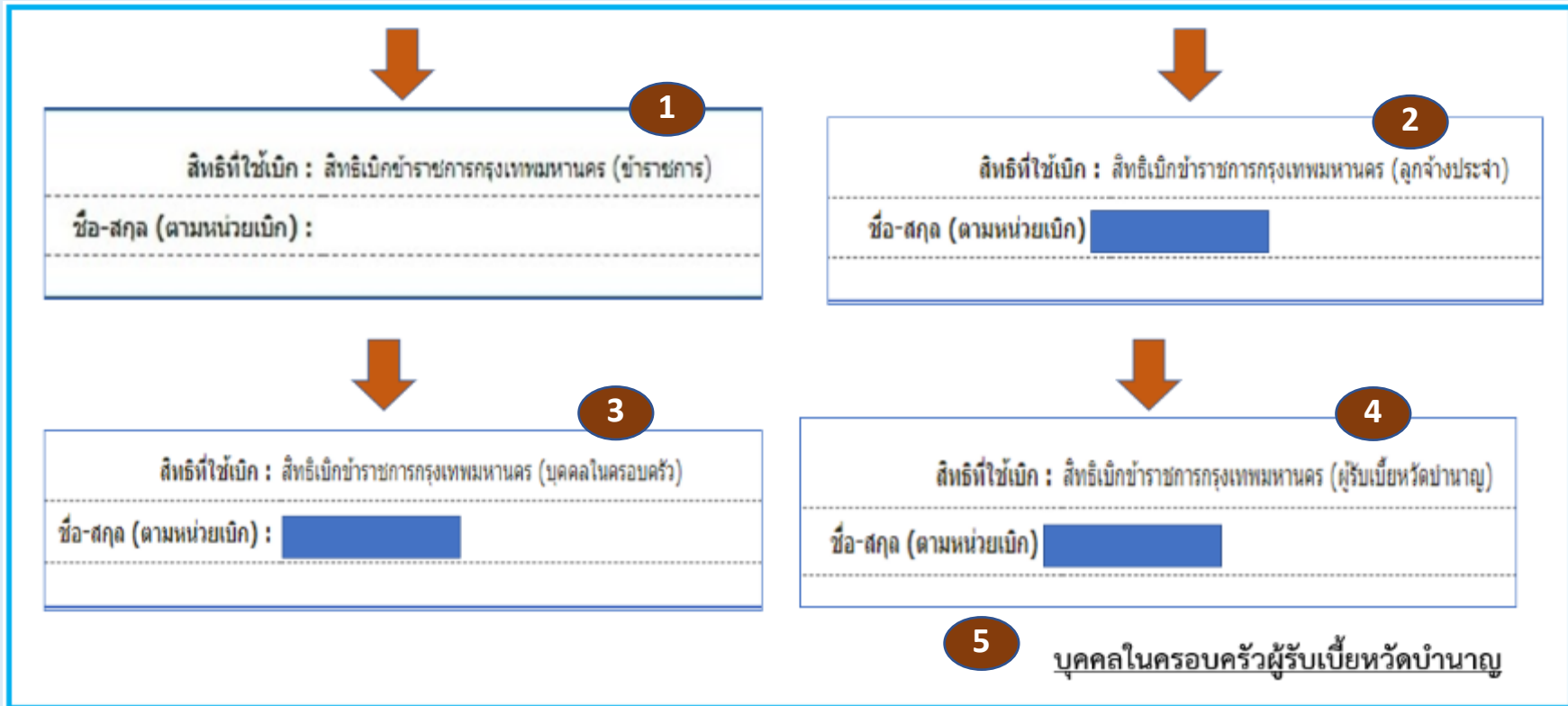
สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบได้จาก
เว็บไซต์ <https://mpay.bangkok.go.th>

ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยบริการ

1. ผู้มีสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานครยื่นบัตรประจำตัวประชาชนทุกครั้งที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล
2. สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิที่ใช้เบิกของผู้มีสิทธิ จากโปรแกรม NHSO Client หรือ จากหน้า web ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. และดำเนินการดังนี้
 - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก : ไม่ต้องรูดบัตร smart card ผ่านเครื่อง EDC /ไม่ต้อง Authen
 - การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยใน : ขอเลขอนุมัติทุกครั้ง
3. ส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง โดยผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่าย
4. บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรมที่กำหนดในแต่ละกรณี ส่งมายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังจากวันให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอก หรือหลังจากวันจำหน่ายออกจาก รพ. กรณีผู้ป่วยใน

** มีผลกับข้อมูลบริการ หรือ จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป

การแสดงสิทธิในโปรแกรม NHSO Client หรือหน้าเว็บตรวจสอบสิทธิ



- ครอบคลุมการเจ็บป่วยทุกกรณี แต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม
 - สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ได้ทุกแห่งทั่วประเทศ
 - สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนได้เฉพาะสถานพยาบาลที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานคร
 - การตรวจสุขภาพประจำปี (Health Screening)
 - เฉพาะผู้มีสิทธิ(ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ)
 - ตรวจสุขภาพได้ปีละ 1 ครั้ง (ตามปีงบประมาณ)
- **ตรวจสุขภาพประจำปีเบิกด้วยใบเสร็จเหมือนสิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง**

การเข้ารับบริการและวิธีปฏิบัติ

กรณีผู้ป่วยนอก

ระบบการเบิกจ่ายตรง

สิทธิ กทม. :: ตรวจสอบสิทธิ >> ให้บริการ

ไม่ต้องรูดบัตร Smart card/ไม่ต้อง Authen

การส่งข้อมูลเบิกจ่าย โปรแกรม e-Claim

กรณีไข้ใบเสร็จเบิก

ยื่น ณ หน่วยงานต้นสังกัดของตนเอง

กรุงเทพมหานคร : ต้นสังกัด (กรุงเทพมหานคร)

การเข้ารับบริการและวิธีปฏิบัติ

กรณีผู้ป่วยใน

ระบบการเบิกจ่ายตรง

ตรวจพบสิทธิ

- ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ได้ทันที
- บันทึกเลขอนุมัติในโปรแกรม e-Claim

ไม่พบสิทธิ

- ใช้หนังสือรับรองสิทธิจากต้นสังกัด
- นำหนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client
- บันทึกเลขอนุมัติในโปรแกรม e-Claim

หมายเหตุ : การขอเลขอนุมัติย้อนหลัง ต้องเลือกวันที่รับบริการ ให้ตรงกับการรักษาทุกครั้ง

ต้องขอเลขอนุมัติ ในโปรแกรม NHSO Client **ทุกราย**

การส่งข้อมูลเบิกจ่าย โปรแกรม e-Claim

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องข้องในการเบิกจ่าย

กรณี	โปรแกรม
1. ตรวจสอบสิทธิ และการขอเลขอนุมัติ	NHSO Client
2. ขออนุมัติใช้ยาราคาแพง ทั้ง 6 กลุ่ม	*** เว็บของ สปสช. (<u>ทุกสิทธิที่ใช้ระเบียบของกระทรวงการคลัง</u>)
3. ระบบการเบิกจ่ายตรง <ul style="list-style-type: none">- การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน- การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอก- รายการเบิกเพิ่มต่างๆ	โปรแกรม e-Claim
4. กรณีฟอกเลือดล้างไต	โปรแกรม DMIS HD
5. นัดผ่าตัดล่วงหน้า	Elective case (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญา กับ กทม.)

สิทธิ กทม.(เหมือนข้าราชการ)

1. ผู้ป่วยนอก ตัดข้อมูลทุก 15 วัน
2. ผู้ป่วยใน ตัดข้อมูลทุกวันที่ 20 ของเดือน

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยใน

1. ส่งข้อมูลภายใน 90 วัน นับจากวันจำหน่าย
 2. กรณีส่งข้อมูลล่าช้าปรับลดลง ดังนี้
 - 2.1 ส่งข้อมูลเกิน 90 วัน ถึง 1 ปี ของวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10
 - 2.2 ส่งข้อมูลเกิน 1 ปี หลังจากวันที่จำหน่าย ถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 (ต้องทำความเข้าใจกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี)
- มีผลบังคับใช้กับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 มค.65 เป็นต้นไป

การคิดล่าช้า ผู้ป่วยนอก

1. ข้อมูลส่งล่าช้าเกิน 1 ปี ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก
2. การยกเว้นการคิดล่าช้า
 - 1) ข้อมูลติด C ที่วันรับบริการก่อน 4 พ.ค. 61 ส่งไปได้ถึงวันที่ 31 ก.ค. 65 ไม่คิดล่าช้า
 - 2) ข้อมูลติด C ที่วันรับบริการตั้งแต่ 4 พ.ค. 61 - 31 ธ.ค. 63 ส่งไปได้ถึงวันที่ 31 ก.ค. 65 ไม่คิดล่าช้า
 - 3) ข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 64 - 31 ธ.ค. 64 เมื่อครบปีแล้วขยายเวลาไปอีก 6 เดือน

อัตราจ่ายการเบิกจ่าย

กรณีผู้ป่วยนอก

- จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Fee for service) หรือ ตามอัตราที่ กรมบัญชีกลางกำหนด

กรณีผู้ป่วยใน

- จ่ายตาม $Adj.rw * Base\ rate$ ของ โรงพยาบาล โดย กรมบัญชีกลาง จะแจ้ง Base rate ให้ทราบตาม ระดับของกลุ่มโรงพยาบาล
- ส่วนกรณีโรคมะเร็ง ($Adj.rw * CCUF * Base\ rate$) + ค่ายามะเร็ง

กรณี Additional payment

- จ่ายตามรหัสและราคาที่กำหนด
- กรณีจ่ายตาม Price list ของ แต่ละโรงพยาบาล ยกเว้นยابาง รายการที่จ่ายตามจริงไม่เกิน อัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด เช่น ยารักษาแพงที่ต้องขออนุมัติ ก่อนการใช้จ่าย (PA)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



กรณีรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน

เงื่อนไขการรับบริการ :

1. ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ (เหมือนสิทธิข้าราชการ)
2. เบิกจ่ายได้เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามในสัญญากับ กรุงเทพมหานครเท่านั้น **

การเบิกจ่าย :

- 1.1 ค่าฟอกเลือด จ่ายครั้งละ 2,000 บาท
- 1.2 ค่ายา และ ค่า Lab จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด
- 1.3 บันทึกโปรแกรม DMIS HD
- 1.4 การตัดยอดข้อมูล : ทุกวันที่ 15 และทุกวันสิ้นเดือน

** รพ.ของรัฐบันทึกข้อมูลเบิกเหมือนสิทธิ อปท.

** สิทธิข้าราชการสามารถเบิกจ่ายได้ทุกแห่งกรณีมีใบส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ

การนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective case)

เป็นผู้ป่วยในเท่านั้น

เงื่อนไขการรับบริการ :

1. เป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามสัญญากับกรุงเทพมหานคร เท่านั้น
2. ประเภทบริการ (หัตถการ) ตามที่ระบุในสัญญา

- อัตราจ่าย RW x 11,064 (Fix rate)
- รายการจ่าย on top DRGs
- 1) ค่าห้อง ค่าอาหารตามอัตราที่กำหนด
- 2) ค่าอุปกรณ์ตามรายการและอัตราที่กำหนด
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ส่วนเกินที่ผู้มีสิทธิต้องชำระเงินเอง / กรณีค่าธรรมเนียมแพทย์ตามรายการและอัตราที่ตกลงในสัญญา)
- บันทึกในโปรแกรม Elective case

ขั้นตอนการรับบริการและการเบิกจ่าย

1. ก่อนทำการผ่าตัด

1.1 ผู้มีสิทธิรับทราบค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน (ค่าห้องค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าธรรมเนียมแพทย์ เป็นต้น) ลงนามเอกสาร PAA (Prior Admission Authorization)

1.2 สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเข้าระบบขออนุมัติ PAA

2. หลังทำการผ่าตัด ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินตามเอกสาร PDA (Prior Discharge Authorization)

3. สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกจ่ายเข้ามาในระบบพร้อมแนบเวชระเบียนตามรายการที่กำหนด

การตัดยอดข้อมูลและการโอนเงิน :

-เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน

-สปสช. ส่งข้อมูลให้กรุงเทพมหานคร โอนเงินให้สถานพยาบาล

สถานพยาบาลเอกชนที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการประสานกรุงเทพมหานคร หรือ สปสช.

ขอความร่วมมือสถานพยาบาล

- ❖ ขอความร่วมมือสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งให้บริการเบิกจ่ายตรงแก่ผู้มีสิทธิข้าราชการ กรุงเทพมหานคร
- ❖ กรณีเป็นสถานพยาบาลที่ยังไม่เคยมีการเบิกจ่ายกับกรุงเทพมหานครมาก่อน ขอให้บันทึกแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร ส่งมายัง สปสช. เพื่อประสานกรุงเทพมหานครต่อไป



ปีงบประมาณ 2565 สถานพยาบาลขออนุมัติการใช้ยา
ราคาแพง (PA) ผ่านหน้าเว็บของ สปสช. ทุกกลุ่มยา และ ทุก
สิทธิที่ใช้ระเบียบของกระทรวงการคลัง

**** อยู่ระหว่างย้าย server มา สปสช ปัจจุบันยังใช้งานผ่านหน้าเว็บเดิม เมื่อดำเนินการเรียบร้อย
แล้วจะแจ้งหน้าเว็บ e-Ciam ****

หนังสือ กบก ด่วนที่สุด ที่ กค 0416.4/ว 1207 ลงวันที่ 28 กันยายน 2565 มีผลกับข้อมูล
รักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป

1. ยกเลิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ หมวด 7 กระดุก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น จำนวน 1
รายการ >> รหัส 7215 แผ่นโลหะตามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ



1209

2. ปรับปรุงรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 2 รายการ ได้แก่

2.1 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด รหัส 5701 แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)

2.2 ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาวใช้ร่วมกับแป้นปิด
รอบลำไส้ รหัส 5702 แก้ไขเป็น ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two piece appliance)

3. เพิ่มเติมรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จำนวน 20 รายการ

รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ เพิ่มเติม จำนวน 20 รายการ

CODE	NAME	COST	UNIT
2706	เพดานเทียม (Palatal Obturator)	800	ชิ้นละ
2707	เพดานเทียม (Obturator + Screw)	1,500	ชุดละ
2708	เพดานเทียม (Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM))	1,800	ชุดละ
2709	เพดานเทียม (Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM))	2,500	ชุดละ
2710	เพดานเทียม (Nasoalveolar Molding (NAM))	700	ชิ้นละ
4305A	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์	35,000	ชุดละ
4305B	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส	35,000	ชุดละ
4305C	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดอัลลอยด์แบบ โพลีเมอร์ ชนิดย่อยสลายเองได้	35,000	ชุดละ
4305D	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ(Drug-eluting Stent) ชนิดไม่มีโพลีเมอร์	35,000	ชุดละ
4428	ท่อนำหลอดเลือด (inflow cannula/ outflow cannula)	5,000	เส้นละ
4720	ชุดท่อนำสายสวนนำเข้าหลอดเลือดที่ข้อมือ (Transradial Set)	2,500	ชุดละ
4834	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงด้วยขดลวด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	35,000	ชุดละ
5703A	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange)	140	ชิ้นละ
5703B	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) แบบนูน (Convexity)	185	ชิ้นละ
5704A	ผงแป้ง (stoma powder)	300	ขวดละ
5704B	กาว (stoma paste)	300	หลอดละ
5704C	แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย (stoma wafer) ขนาด ๑๐ x ๑๐ ซม.	300	ชิ้นละ
5704D	เข็มขัด (stoma belt)	300	เส้นละ
7019	ข้อตะโพกมีแก้ว (ชนิด hybrid)	45,000	ข้อละ
7212	แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)	1,500	ชิ้นละ



ติดต่อเรา

Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บไซต์ (<http://eclaim.nhso.go.th>)

