



Claim and Reimbursement System for IP/OP/CR



- > **ขอบเขตบริการและการส่งข้อมูลปีงบประมาณ 2569**
ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข / งบประมาณกองทุน UC ปี 2569
การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย
- > **บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569**
บริการผู้ป่วยในและการรับส่งต่อผู้ป่วย / สำรองเตียง / เด็กแรกเกิด / โรคนิว / Homeward
นวัตกรรมย่านโยธี / HomeChemo / ODSและMIS / CRRT และUCEP ภาครัฐ
- > **บริการกรณีเฉพาะ : Central Reimbursement**
OPAE / OPRefer / OP Anywhere / ER คุณภาพ / Cancer Anywhere / PCI
รายการ Instrument / ค่าพาหนะรับส่งต่อ และ Disease Management
- > **ข้อมูลผลงานบริการปีงบประมาณ 2568**
อัตราจ่ายผู้ป่วยในและผลงานบริการ
หน่วยบริการที่ส่งเบิกชดเชยเงิน CR

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตาม มาตรา 5



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ลว. 9 พค.65

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต 13 รายการ



1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. การตรวจวินิจฉัยโรค
3. การตรวจและการรับฝากครรภ์
4. การบำบัด และการบริการทางการแพทย์
5. ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
6. การทำคลอด
7. การกินอยู่ในหน่วยบริการ
8. การบริหารการกแรกเกิด
9. บริการรถพยาบาลหรือบริการพาหณะรับส่งต่อผู้ป่วย
10. บริการพาหณะรับส่งต่อผู้ทุพพลภาพ
11. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
12. บริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
13. บริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด





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

ไม่อยู่ในขอบเขตบริการ

1



การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2



การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3



การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

4



การปลูกถ่ายอวัยวะที่นอกเหนือจากรายการที่กำหนด

5



การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด



1

4,173.04 bath/UC
Capitation
198,227.74 MB.



2

AIDS/HIV
4529.36 MB.



3

HD/CAPD
Transplant
16,074.98 MB.

UCS Budget Fund
in 2026



4

DM/HT/Psychiatry
1,700.61 MB.



5

Hard ship
1,490.28 MB.



6

Primary care cluster
3,770.47 MB.

7

Matching fund 9,925.69 MB

- 7.1 PAO Health Fund 541.01 MB.
- 7.2 LGO Health Fund 3,870.31 MB
- 7.3 LTC 5,514.36 MB.



8



Section 41/18(4)
562.22 MB.



9

Promotion
& Prevention
29,014.18 MB.

รายการลงทุน	หน่วย	ปีงบ2567	ปีงบ2568	(ร่าง)ปี2569	เพิ่ม/ลด	%เพิ่ม/ลด	
- ประชากรไทย(ทุกสิทธิ)	คน	66,339,000	66,371,000	67,627,000	1,256,000	1.89	↑
- ประชากรสิทธิ UC	คน	47,671,000	47,157,000	47,502,000	345,000	0.73	↑
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	165,525.1530	181,841.1646	198,227.7461	16,386.58	9.01	↑
- บาท/ปชก.UC (แบบเดิม)	บาท/UC	4,043.60	4,458.94	4,877.15	418.21	9.38	↑
- บาท/ปชก.UC	บาท/UC	3,472.24	3,856.08	4,173.04	316.96	8.22	↑
1.1 บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	บาท/UC	1,348.41	1,391.20	1,448.86	57.66	4.14	↑
1.2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป	บาท/UC	1,528.54	1,790.73	1,850.02	59.29	3.31	↑
1.3 บริการกรณีเฉพาะ	บาท/UC	436.79	403.92	671.46	267.54	66.24	↑
* บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(คิดแบบเดิม)	บาท/UC	557.88	591.77	692.28	100.50	16.98	
1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	บาท/UC	9.80	9.64	10.59	0.95	9.85	↑
1.5 บริการการแพทย์แผนไทย	บาท/UC	20.01	31.90	63.42	31.52	98.81	↑
1.6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(งบค่าเสื่อม)	บาท/UC	128.69	128.69	128.69	-	-	=
**เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	บาท/UC	13.48	11.09	11.84	0.75	6.74	
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ล้านบาท	4,017.0957	4,209.4455	4,529.3625	319.92	7.60	↑
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	ล้านบาท	12,807.2986	13,506.1662	16,074.9805	2,568.81	19.02	↑
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	ล้านบาท	1,197.6157	1,298.9243	1,700.6107	401.69	30.92	↑
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	ล้านบาท	1,490.2880	1,490.2880	1,490.2880	-	-	=
6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	ล้านบาท	2,062.7879	2,180.2280	3,770.4795	1,590.25	72.94	↑
7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ล้านบาท	5,841.8670	5,422.4530	9,925.6958	4,503.24	83.05	
7.1 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด	ล้านบาท	530.7120	530.9680	541.0160	10.05	1.89	↑
7.2 บริการสาธารณสุขร่วมกับ อบต./เทศบาล/เมืองพัทยา/กทม.(กปท.)	ล้านบาท	2,550.6010	2,522.2070	3,870.3120	1,348.11	53.45	↑
7.3 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน(LTC)	ล้านบาท	2,760.5540	2,900.2460	5,514.3678	2,614.12	90.13	↑
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	ล้านบาท	642.8083	522.9230	562.2298	39.31	7.52	↑
9. ค่าบริการสาธารณสุขสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ล้านบาท	24,044.0454	25,383.9604	29,014.1892	3,630.23	14.30	↑
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	165,525.1530	181,841.1646	198,227.7461	16,386.58	9.01	↑
รวมงบนอกเหมาจ่ายรายหัว	ล้านบาท	52,103.8066	54,545.3564	67,067.8360	12,522.48	22.96	↑
รวมงบ UC	ล้านบาท	217,628.9596	236,386.5211	265,295.5821	28,909.06	12.23	↑
ค่าแรงภาครัฐ	ล้านบาท	63,232.1600	68,089.6344	71,446.3331	3,356.70	4.93	↑
งบUCคงเหลือสุทธิ (หลังหักค่าแรงภาครัฐ)	ล้านบาท	154,396.7996	168,296.8867	193,849.2490	25,552.36	15.18	↑



ปีงบประมาณ 2569

เกณฑ์การจัดทำข้อมูล

ใช้ รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ของ WHO ปี 2016 และ ICD-10-TM

ใช้ รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการตาม ICD9-CM ปี 2016

รับไว้รักษาใน sw. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้น D/C เป็น Dead, Refer, Escape และ Against Advice

หากไม่อยู่ใน sw. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นกรลากรกลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากกร Admit ครั้งนั้น

ต้องจัดทำ catalogue และบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการ สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที สปสช.กำหนด ได้แก่ Drug catalog และ Service catalog

การให้บริการผู้ป่วยนอก แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน



ปีงบประมาณ 2569

เกณฑ์การจัดทำข้อมูล

กรณีผู้ป่วยนอก

จ่ายตามประกาศรายการและอัตราจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) หน่วยบริการต้องจัดให้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

กรณีผู้ป่วยใน

จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ DRGs Version 6 ในการคำนวณจ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)

การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2569

ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2568 – 15 กันยายน 2569
ส่งภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2569

มีระบบตรวจสอบก่อนการจ่าย (Pre audit) และหลังการจ่าย (Post audit)



- > **ขอบเขตบริการและการส่งข้อมูลปีงบประมาณ 2569**
ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข / งบประมาณกองทุน UC ปี 2569
การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย
- > **บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569**
บริการผู้ป่วยในและการรับส่งต่อผู้ป่วย / สำรองเตียง / เด็กแรกเกิด / โรคนิว / Homeward
นวัตกรรมย่านโยธี / HomeChemo / ODSและMIS / CRRT และUCEP ภาครัฐ
- > **บริการกรณีเฉพาะ : Central Reimbursement**
OPAE / OPRefer / OP Anywhere / ER คุณภาพ / Cancer Anywhere / PCI
รายการ Instrument / ค่าพาหนะรับส่งต่อ และ Disease Management
- > **ข้อมูลผลงานบริการปีงบประมาณ 2568**
อัตราจ่ายผู้ป่วยในและผลงานบริการ
หน่วยบริการที่ส่งเบิกชดเชยเงิน CR



ประกาศที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ.2567

ประกอบด้วยบริการ ดังนี้

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



บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2569

บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต

- ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget
- จ่ายชดเชยเบื้องต้นใน อัตรา 8,350 บาท/AdjRW
- สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)
- หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต

หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง)
อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW

ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย



บริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้เพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้
ผู้มีสิทธิ	UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ<u>ภาครัฐ</u> <i>เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี</i> - หน่วยบริการ<u>ภาคเอกชน</u> <i>เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode)</i> หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา <p>**กรณีการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***</p>
โปรแกรม	e-Claim



บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ) ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC (รวมสิทธิว่าง PUC) /D1
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด
อัตราจ่าย	1. ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน 2. จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด
โปรแกรม	e-Claim



บริการกรณีเด็กแรกเกิด ปังบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC (รวมสิทธิว่าง PUC)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด กรณีให้บริการ PPHN ต้องมีการเพิ่มศักยภาพ H:44 บริการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในการกด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN) เขตสุขภาพที่ 10 มี 2 แห่ง sw.สสวสิทธิประสงค์ และsw..ศรีสะเกษ
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <i>จ่ายในอัตรา 9,000บาท/Adj.RW</i> 2. เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <i>ที่ได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW</i> 3. เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2 จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น <i>8,350บาท/Adj.RW</i> 4. กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง <i>รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์(PPHN) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW</i>
โปรแกรม	e-Claim



บริการนวัตกรรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามโรคที่กำหนดในประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และสิทธิ D1
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น ▪ หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา : จ่ายตามอัตราที่กำหนดในประกาศ 2. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : จ่ายตาม DRGs อัตรา 9,600 บาท/AdjRW ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต
โปรแกรม	e-Claim



บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และสิทธิ D1
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.) เขตสุขภาพที่ 10 มี sw.มะเร็งอุบลราชธานี (H32: Home Chemo)
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด ▪ หน่วยบริการ สป.สร. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ ▪ บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW ▪ บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ODS และผ่าตัดแผลเล็ก MIS ปังบประมาณ 2569

บริการ ODS



1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือเหตุการณ์และข้อบ่งชี้ที่กำหนด **70 กลุ่มโรค**
2. มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ **2 ชม.ไม่เกิน 24 ชม.**
3. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค **รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสเหตุการณ์ (ICD-9-CM 2015) แบบท้ายประกาศ และมีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval**
4. จ่ายตาม TDRGs Version 6.3 **คำนวณจ่ายตามค่า RW**
 - อัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW มีการปรับลดค่าแรง
 - อัตรานอกเขตพื้นที่ 9,600 บาท/RW ไม่ปรับลดค่าแรง
 - กรณีบริการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ ODS คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW

บริการ MIS



1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือเหตุการณ์ที่กำหนดและมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ **23 กลุ่มโรค**
2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ
3. จ่ายตาม **DRGs (TDRGs Version 6 คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ของ TDRGs Version 6**
 - อัตราภายในเขต 8,350 บาท/AdjRW มีการปรับลดค่าแรง
 - อัตรานอกเขต 9,600 บาท/AdjRW ไม่ปรับลดค่าแรง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๒ ข้อ ๒๐.๔ ข้อ ๒๐.๑๐.๒ และข้อ ๒๐.๑๐.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๒๕ การให้บริการสาธารณสุข กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหรือการผ่าตัดแผลเล็ก ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ศักยภาพหน่วยบริการ

1. H16 : บริการ ODS
2. H2201-H2223 : บริการ MIS แต่ละโรค

ODS 19 หน่วยบริการ
MIS 12 หน่วยบริการ





บริการผู้ป่วยในบ้าน Homeward ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 11 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และสิทธิ D1
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยในและผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> โรคทางกาย 11 โรค (ศักยภาพบริการ H:38) มี 72 แห่ง การบำบัดสารเสพติด (ศักยภาพบริการ H:63) มี 50 แห่ง การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ศักยภาพบริการ H:64) มี 3 แห่ง (sw.พระศรีมหาโพธิ sw.50 พรรษา sw.มุกดาหาร)
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW บริการในเขตและข้ามเขต อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED



บริการ CRRT สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข

สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจน เนื่องจากหัวใจหยุดเต้น
2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
3. ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม
4. มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดต่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับการกระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูง และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผู้มีสิทธิ

สิทธิ UC และ D1

หน่วยบริการ

1. สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้
2. บันทึกศักยภาพใน CPP (มีอายุรแพทย์โรคไต และมีศักยภาพเฉพาะทางเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต)
3. ศักยภาพการบริการ >> H50 : บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต (อยู่ระหว่างงานทะเบียนดำเนินการ)



บริการ CRRT สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต ปีงบประมาณ 2569

อัตราการจ่าย

1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) บริการใน - นอก เขต จ่าย เหมือน IP

โดย ตรวจสอบจากรหัส 3 องค์ประกอบ (ไม่นับหัวหมวด)

กลุ่มที่ 1) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (8 รหัส)

N17*, P96.0, N14*, D59.3, K76.7, O08.4, O90.4, N99.0

กลุ่มที่ 2) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (53 รหัส)

K70.4, K72*, K71.1, O26.6, B15.0, B16.0, G93.1, G92, G93.4, I46.0, G93.6,

I63*, I61*, I62*, I60*, G08, O08.8, O22.5, O29.1, O29.2, O74.3, O87.3,

O89.2, O89.1, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, P91.6,

P91.5, P91.0, P21.0, E87.5, E87.2, E87.7, I50 *, J81, R57*, O75.1, O08.3,

T78.0, T80.5, T78.2, T75.4, T75.0, T81.1, T79.4, A48.3, I95*

หมายเหตุ ต้องมีรหัสโรค กลุ่มที่ 1 คู่กับกลุ่มที่ 2 อย่างน้อย 1 รายการ

กลุ่มที่ 3. รหัส ICD 9 รหัสหัตถการ 3995

2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ADD ON) ในหมวดบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดหมวด จำนวน 2 รายการ ดังนี้

- การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องวันแรก 15,000 บาท รหัส CRRT1
- การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในวันต่อไป ไม่จำกัดจำนวนครั้ง 10,000 บาท รหัส CRRT2

การส่งข้อมูล

ส่งผ่าน E-Claim



บริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ ปีงบประมาณ 2569

<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p>เป็นการจ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท • ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิ UC หรือ D1</p>
<p>หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน</p>
<p>อัตราจ่าย</p>	<p>จ่ายเพิ่มเติมจากงบ IP โดยคำนวณจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate IP ที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว • สูตรคำนวณ = $\text{Reimburse ratio} \times [\text{Loss} - (0.5 \times \text{OLT})]$ กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
<p>โปรแกรม</p>	<p>E-Claim</p>



บริการบริการฉุกเฉินภาครัฐ ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามตามที่กระทรวงกำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC หรือ D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาตรฐานบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> >> ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adj.RW >> ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ 15 สิงหาคม ของปีงบประมาณก่อนหน้า ในอัตรา 120,000 บาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย จำนวน 728 รายการ (ตามแนบท้ายประกาศ) จ่ายตามผลงานบริการ โดยจ่ายตามระบบ Point system within Global budget และจัดสรรเป็นรายไตรมาส การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จ่ายเพิ่มเติมรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ตามประกาศการจ่ายกรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568
โปรแกรม	E-Claim



- > **ขอบเขตบริการและการส่งข้อมูลปีงบประมาณ 2569**
ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข / งบประมาณกองทุน UC ปี 2569
การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย
- > **บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569**
บริการผู้ป่วยในและการรับส่งต่อผู้ป่วย / สำรองเตียง / เด็กแรกเกิด / โรคนิว / Homeward
นวัตกรรมย่านโยธี / HomeChemo / ODSและMIS / CRRT และUCEP ภาครัฐ
- > **บริการกรณีเฉพาะ : Central Reimbursement**
OPAE / OPRefer / OP Anywhere / ER คุณภาพ / Cancer Anywhere / PCI
รายการ Instrument / ค่าพาหนะรับส่งต่อ และ Disease Management
- > **ข้อมูลผลงานบริการปีงบประมาณ 2568**
อัตราจ่ายผู้ป่วยในและผลงานบริการ
หน่วยบริการที่ส่งเบิกชดเชยเงิน CR



บริการกรณีเฉพาะ 671.46 บาท/UC

1. Emergency service	Payment Mechanism
1.1 OP-AE	Fee Schedule
1.2 OP-refer	Fee Schedule
1.3 Transportation Cost	Fee Schedule
1.4 un-registered beneficially IP-PUC/IPPRCC/SSS (DRGv5)	OP : Fee Schedule IP : DRG with Global budget
1.5 OP Anywhere	Fee Schedule

2. Priority service & Quality assurance	Payment Mechanism
2.1 Thrombolytic Drug (Stemi,stroke)	Fee Schedule
2.2 Chemo Radio Cancer (OP&IP) Cancer Anywhere	OP : Fee Schedule IP : DRGs with Global budget
2.3 Cataract Extraction	Fee Schedule
2.4 Orthodontic for Cleft lip & Palate	Fee Schedule
2.5 ER คุณภาพ	Fee Schedule

3. Provider financial risk protection	Payment Mechanism
3.1 Instrument (PCI/TKA/รากฟันเทียม)	DRG + Fee Schedule
3.2 Hyperbolic O2 OP&IP	Fee Schedule
3.3 ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	Fee Schedule
3.4 Transplant (Liver/Heart/Stem Cell)	DRG + Fee Schedule
3.5 บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสุด(การฝังแร่/รังสีโปรตอน/ยาด้านพิษและเซรั่มแก้พิษงู)	Fee Schedule

4. Essential Drug	Payment Mechanism
4.1 Methadone replacement therapy	Fee Schedule
4.2 Essential drug /Hemophilia	Medication Compensation

5. Disease Management	Payment Mechanism
5.1 Thalassemia	Fee Schedule
5.2 Tuberculosis	Fee Schedule
5.3 Palliative care	Fee Schedule
5.4 Rare disease	Fee Schedule
5.5 การรักษาภาวะมีบุตรยาก	Fee Schedule



ประกาศที่เกี่ยวข้อง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะ
เพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ.2567

1 OPAE

บริการผู้ป่วยนอก
กรณีอุบัติเหตุหรือ
เจ็บป่วยฉุกเฉิน
ข้ามจังหวัด



2 OP Refer

บริการผู้ป่วยนอก
ที่รับการส่งต่อ



3 OP Anywhere

บริการผู้ป่วยนอก
กรณีเหตุสมควร





บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด OPAE ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับ<u>หน่วยบริการประจำ</u> 2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง
ผู้มีสิทธิ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ▪ ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ ภายใน 15 วันนับจากวันที่รับบริการ ▪ ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย ▪ ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม ▪ ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจร ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินจากพรบ. ▪ ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ▪ ทหารผ่านศึก ▪ คนพิการ
หน่วยบริการ	ในระบบ UC
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด ▪ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ
โปรแกรม	E-Claim



บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ OP Refer ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจากหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ 2. จังหวัดในภูมิภาคที่มี sw.มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในจังหวัด (UHOSNET) กรณีที่จำเป็น ต้องส่งต่อจาก swท./swศ. ไปยังsw.มหาวิทยาลัยในจังหวัด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC / PUC และ D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายการ FS จ่ายตามอัตราที่กำหนด 2. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $\leq 1,600$ จ่ายจากเงินเหมาจ่ายรายหัวของ Hmain 3. ค่าใช้จ่ายส่วนที่ $> 1,600$ จ่ายจากเงิน CR (ที่กันไว้ของ OP Refer)
โปรแกรม	e-Claim



บริการผู้ป่วยนอกกรณีเหตุสมควร OP Anywhere ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการในหน่วยบริการอื่นกรณี ที่มีเหตุสมควรข้ามจังหวัด นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำและ การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำในเครือข่าย
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา FS การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่ายข้ามจังหวัด กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายในอัตรา 70 บาทต่อครั้ง ยกเว้น บริการทันตกรรม จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคา Fee Schedule <p>**กรณีบริการในจังหวัดค่าใช้จ่ายตกกอง OP Hmain ตามจ่ายกันเองใน จังหวัด</p>
โปรแกรม	e-Claim

Patient journey





บริการ ER คุณภาพ ปังบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด H58 : บริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้อง ER (เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 10 แห่ง) (รพ.สรรพสิทธิ รพ.ศรีสะเกษ รพ.ยโสธร รพ.อำนาจเจริญ รพ.มุกดาหาร รพ.กันทรลักษ์ รพ.ระการพิชผล รพ.วารินชำราบ รพ.เดชอุดม รพ.50 พรรษาฯ)
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)
โปรแกรม	e-Claim หน้า F7 บริการอื่นที่ไม่จัดหมวดหมู่ "ER-EXT"

ประกาศ รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ พ.ศ.2567



Adobe Acrobat
Document



บริการ Cancer Anywhere ปีงบประมาณ 2569

<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวม การตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี จ (2)
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิ UC/D1</p>
<p>หน่วยบริการในระบบ UC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน • หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
<p>อัตราจ่าย</p>	<p>กำหนดให้มีการยืนยันตัวตนเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก (OP) มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit) และตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)</p>
<p>โปรแกรม E-Claim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • บันทึก Project code : CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่พร้อม • บันทึกรหัส ICD10 โรคมะเร็ง /กรณีรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีรหัส Z511, รังสีรักษานับที่รหัส Z510 และรหัส RTX ตามประกาศกำหนด



โรคมะเร็งที่กำหนด Protocol ในการรักษา > อ้างอิงตาม

- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ 2566
- คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก 2566

โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
<ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งเต้านม (Breast cancer) 2. มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) 3. มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer) 4. มะเร็งมดลูก (Uterine cancer) 5. มะเร็งปอด (Lung cancer) 6. มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer) 7. มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer) 8. มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma) 9. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer) 10. มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) 11. มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer) 12. มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer) 13. มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma 	<ol style="list-style-type: none"> 14. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acutelymphoblastic leukemia : ALL) 15. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma) 16. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML) 17. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL) 18. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML) 19. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma) 20. มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)



บริการ Cancer Anywhere ปีงบประมาณ 2569

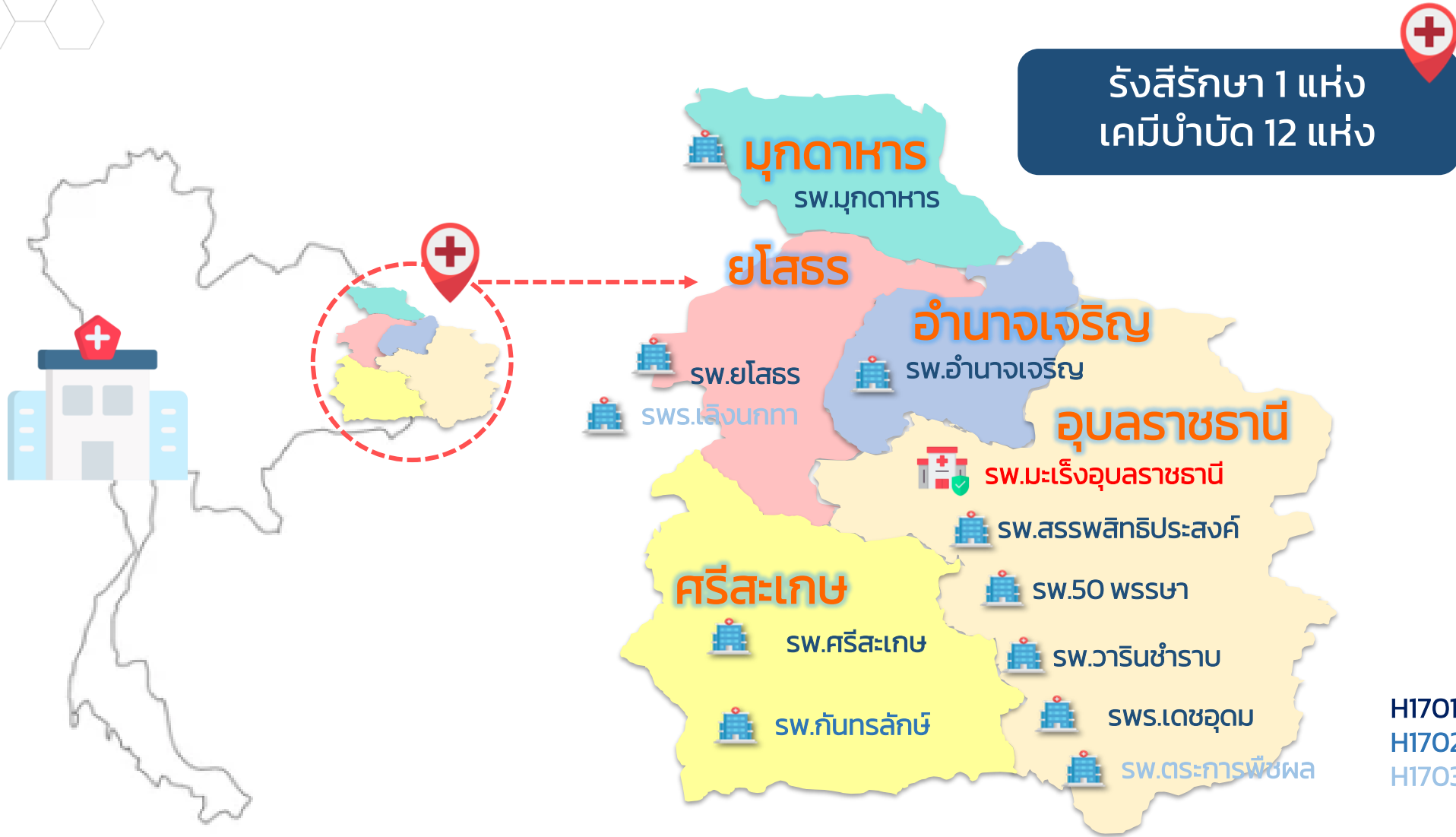
ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารแนบท้าย ประกาศฯ รวมค่าผสมยาเคมีบำบัด ในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วันและรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท
	มะเร็งทั่วไปยังไม่กำหนด Protocol		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท
	การรักษาโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง		จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด (fee schedule)
ผู้ป่วยใน	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริง ไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไปยังไม่กำหนด Protocol		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

**จ่ายตามศักยภาพหน่วยบริการที่กำหนดในแต่ละระดับ



คำตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2)

No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*) กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab หรือยา Ribociclib	จ่ายตามจริงใน อัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเต้านม 1 เต้า (ตามประกาศกรณีจำเป็นต้องกากับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567)	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจยีน Gene mutation	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92) กรณีสั่งใช้ยา imatinib, Dasatinib,Nilotinib	จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปี ปฏิทิน/ราย (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10=C34) กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	



H1701 เคมีบำบัดระดับ 1 = 9 แห่ง
 H1702 เคมีบำบัดระดับ 2 = 1 แห่ง
 H1703 เคมีบำบัดระดับ 3 = 2 แห่ง



ปีงบประมาณ 2569

บริการตรวจวินิจฉัย
โรคหยุดหายใจ
ขณะหลับ
ด้วยเครื่องอัดอากาศ
แรงดันบวก



เงื่อนไข (สิทธิ UC หรือ D1)

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็น **ผู้ป่วยนอก**
2. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย **ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแนบท้ายประกาศ (อายุ 50 ปีขึ้นไป) หน่วยบริการ ผ่านการรับรอง** การเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด (**H:70 จำนวน 9 แห่ง**) ส่งข้อมูลผ่าน E-Claim

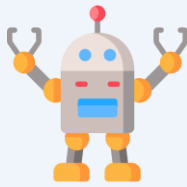
การจ่าย

1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา **แบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่**
 - แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 1 อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง
 - แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 2 อัตรา 6,000 บาท/ครั้ง
 - แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง
 - แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง
2. จ่าย Add on ค่าอุปกรณ์ในการรักษาตามประกาศฯ **จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนน ภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)**
 - เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) รหัสอุปกรณ์ 3012 อัตรา 20,000 บาท/ชุด (1 เครื่อง/ 5 ปี)
 - หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3013 อัตรา 3,000 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ปี)
 - ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3019 อัตรา 1,500 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ 5 ปี)



ปีงบประมาณ 2569

บริการ
ใช้หุ่นยนต์
ช่วยผ่าตัด
Robotic Surgery



เงื่อนไข เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งลำไส้ตรงและ
ทวารหนัก, เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน (อายุ 18- 85 ปี)

ผู้สิทธิ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)

หน่วยบริการ หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วย
ผ่าตัด ตามเกณฑ์ประเมินแนบท้ายประกาศ (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)

H:72 มะเร็งต่อมลูกหมาก H:73 มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

H:74 เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน

การส่งข้อมูล ผ่าน E-Claim

การจ่าย

1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป
 2. **จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์** สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศ
 - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ใน**มะเร็งต่อมลูกหมาก** ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตรา**จ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง**
 - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ใน**มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก** ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตรา**จ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง**
 - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับ**เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน** ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตรา**จ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง**
 3. จ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ โดยจ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ
- หมายเหตุ** อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เบิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค





บริการ OHS และ PCI ปีงบประมาณ 2569

<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ตามข้อบ่งชี้และแนวทางการให้บริการรักษา (ตามแนบท้ายประกาศ) 2. หน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form) 3. มีการประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย 4. มีการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย กรณีที่มีการประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกใน CAG/PCI data form ไม่ผ่านตามข้อบ่งชี้ และข้อห้ามที่กำหนดในประกาศ
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิ UC/D1</p>
<p>หน่วยบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ระดับ 1, 2) <p>R020201 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 1 sw.สสสิทธิประสงค์</p> <p>R020202 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ระดับ 2 sw.ศรีสะเกษ</p> <p>กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้าน ขอทำความเข้าใจความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี</p>
<p>อัตราจ่าย</p>	<p>จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ</p>
<p>โปรแกรม</p>	<p>E-Claim</p>



สถานะข้อมูลหลังเบิกชดเชย

รหัส	ความหมาย	การตรวจสอบ	แนวทางแก้ไข
G47	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล CAG Data Form	กรณี G47 อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ 1. บันทึก data form กด save ร้าง แต่ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช. 2. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process) 3. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date <u>ไม่ตรง</u> กับวันที่เข้ารับบริการ ใน E-claim (date admit) 4. บันทึกเบิก ใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form ไม่พบการบันทึก Part II PCI	1. กรณีที่ 1, 2 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูล data form ให้เรียบร้อย แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ 2. กรณีที่ 3,4 ให้หน่วยบริการส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช. เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ
V993	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form <u>ไม่ผ่าน</u> การตรวจสอบตามเงื่อนไข	การบันทึก CAG Data Form แต่ข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบ (Verify data) และถูกละการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง   Adobe Acrobat Document



บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย น.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	E-claim



บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม(Total knee prosthesis) ในอายุน้อยกว่า 55 ปีต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด 2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัดทุกราย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/ CPP/</p> <p>H05 : ผ่าตัดข้อเข่าเทียม (เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 17 แห่ง)</p>
อัตราจ่าย	<p>จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	การส่งข้อมูลและขออนุมัติ PA ผ่าน e-Claim



บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข H30 : ผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม เขตสุขภาพที่ 10 –ไม่มี-
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรณีผู้ป่วยในทั่วไป จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูดโดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim จ่ายอุปกรณ์ประสาทหูเทียมผ่านระบบ VMI



บริการผ่าตัดรากฟันเทียม ปังบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม H51 : บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มียันทั้งปาก เขตสุขภาพที่ 10 มี 26 แห่ง
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท 3.2 ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI



บริการผ่าตัดต่อกระจกพร้อมเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจก และบันทึกข้อมูลศัลยกรรมตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/_CPP/H04 : ผ่าตัดตาต่อกระจก เขตสุขภาพที่ 10 มี 27 แห่ง
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> กรณีผ่าตัดปกติที่มีระดับสายตาแยกว่า 20/200 เหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น เหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง กรณีผ่าตัดที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัดหรือมีความจำเป็น เหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้ เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา
โปรแกรม	1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim



บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา H69 : การเก็บรักษาอวัยวะ ข) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) H45 : บริการ ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับบริการ DSAEK sw.สสวสิทธิประสงค์ sw.ศรีสะเกษ ค) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา H2002 : sw.สสวสิทธิประสงค์ sw.ศรีสะเกษ
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ก) ในอัตรา ดวงตาค่าละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่าย ให้แก่หน่วยบริการตาม (ข) ในอัตราดวงตาค่าละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ (ค) จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
โปรแกรม	เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim



บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke ปิงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/ CPP/ H07 : ยาละลายลิ่มเลือดสมอง(STROKE) เขตสุขภาพที่ 10 มี 16 แห่ง
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา ใน อัตราตามจริงไม่เกิน (ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละเอียด 49,000 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim



บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ปังบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/ CPP/ HO6 : ยาละลายลิ่มเลือดสมอง(STEMI) เขตสุขภาพที่ 10 มี 72 แห่ง
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา ในอัตราตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท/ครั้ง 2. ยกเลิก ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial
โปรแกรม	เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim



บริการ Palliative care ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กสร.กำหนด ไม่สามารถเบิกซ้ำกรณีเบิกครบ 6 เดือนแล้ว ยังไม่เสียชีวิต
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC/D1
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5 2. เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารยาในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ที่กสร.กำหนดครบทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> • มอร์ฟินรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release • มอร์ฟินรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet sustained release และหรือ Morphine capsule sustained release • ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl patch <p>ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์นอกเวลา ที่สามารถสั่งจ่ายยาตาม ข้อ 2 ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน H25 : จ่ายยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น เขตสุขภาพที่ 10 มี 67 แห่ง</p>
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. จ่ายในอัตราเดือนละ 1,000 บาท/เดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน 2. จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในอัตรา 3,000 บาท หากมีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงาน จะจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต 3. กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
โปรแกรม	เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim



บริการค่าพาหนะส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ปิงบประมาณ 2569

<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพว. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)</p>
<p>หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
<p>อัตราจ่าย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท 2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์
<p>โปรแกรม</p>	<p>E-Claim</p>



การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ปีงบประมาณ 2569

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจในผู้ป่วยนอก ต้องมีการพิสูจน์ตัวตน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ศักยภาพ : H19 เมทาโดนระยะยาว (sw.สรรพลีสิทธิ์ sw.ศรีสะเกษ sw.มุกดาหาร)
อัตราจ่าย	ครั้งละ 35 บาท/วัน (เบิกได้ไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ)
โปรแกรม	E-Claim



การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) ปีงบประมาณ 2569

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



การรักษาภาวะมีบุตรยาก ปีงบประมาณ 2569

<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก อายุ 30-40 ปีบริบูรณ์ และมีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย ▪ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ▪ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
<p>หน่วยบริการ</p>	<p>เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือมีสูตินรีแพทย์ หรือมีสูตินรีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการตามข้อ ข) และ ค) จะต้องผ่านการรับรองมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>
<p>อัตราจ่าย</p>	<p>ก) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน หรือ</p> <p>ข) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI: Intra-Uterine Insemination) จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน</p> <p>ค) จ่ายค่าบริการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) เหมายจ่ายในอัตรา 100,000 บาท โดยครอบคลุมการตรวจทางพันธุศาสตร์ และการย้ายตัวอ่อน (ET: Embryo Transfer) ได้ 2 ครั้ง</p>
<p>โปรแกรม</p>	<p>เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim</p>

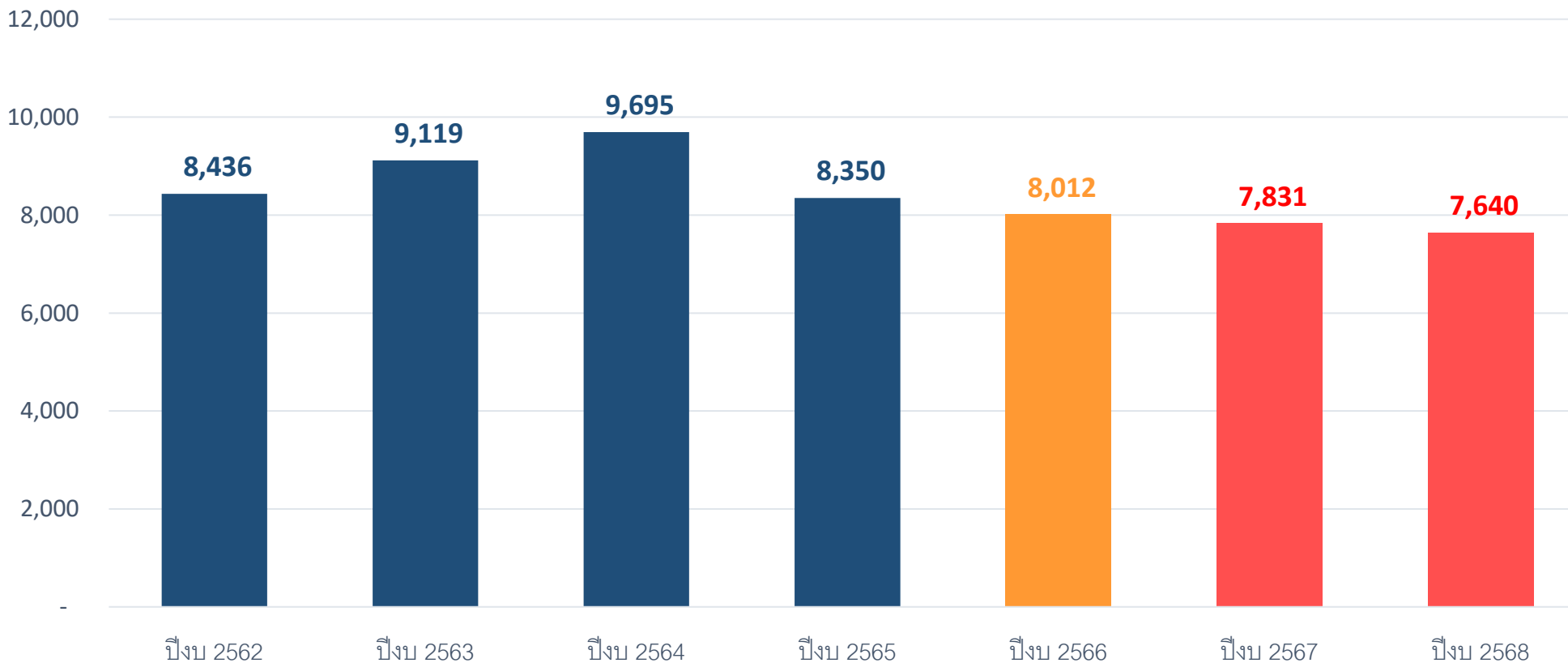


- > **ขอบเขตบริการและการส่งข้อมูลปีงบประมาณ 2569**
ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข / งบประมาณกองทุน UC ปี 2569
การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย
- > **บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569**
บริการผู้ป่วยในและการรับส่งต่อผู้ป่วย / สำรองเตียง / เด็กแรกเกิด / โรคนิว / Homeward
นวัตกรรมย่านโยธี / HomeChemo / ODSและMIS / CRRT และUCEP ภาครัฐ
- > **บริการกรณีเฉพาะ : Central Reimbursement**
OPAE / OPRefer / OP Anywhere / ER คุณภาพ / Cancer Anywhere / PCI
รายการ Instrument / ค่าพาหนะรับส่งต่อ และ Disease Management
- > **ข้อมูลผลงานบริการปีงบประมาณ 2568**
อัตราจ่ายผู้ป่วยในและผลงานบริการ
หน่วยบริการที่ส่งเบิกชดเชยเงิน CR

อัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน เขตสุขภาพที่ 10 ปี 62-28



Baserate IP normal เขต 10 ปีงบประมาณ 2562-2568



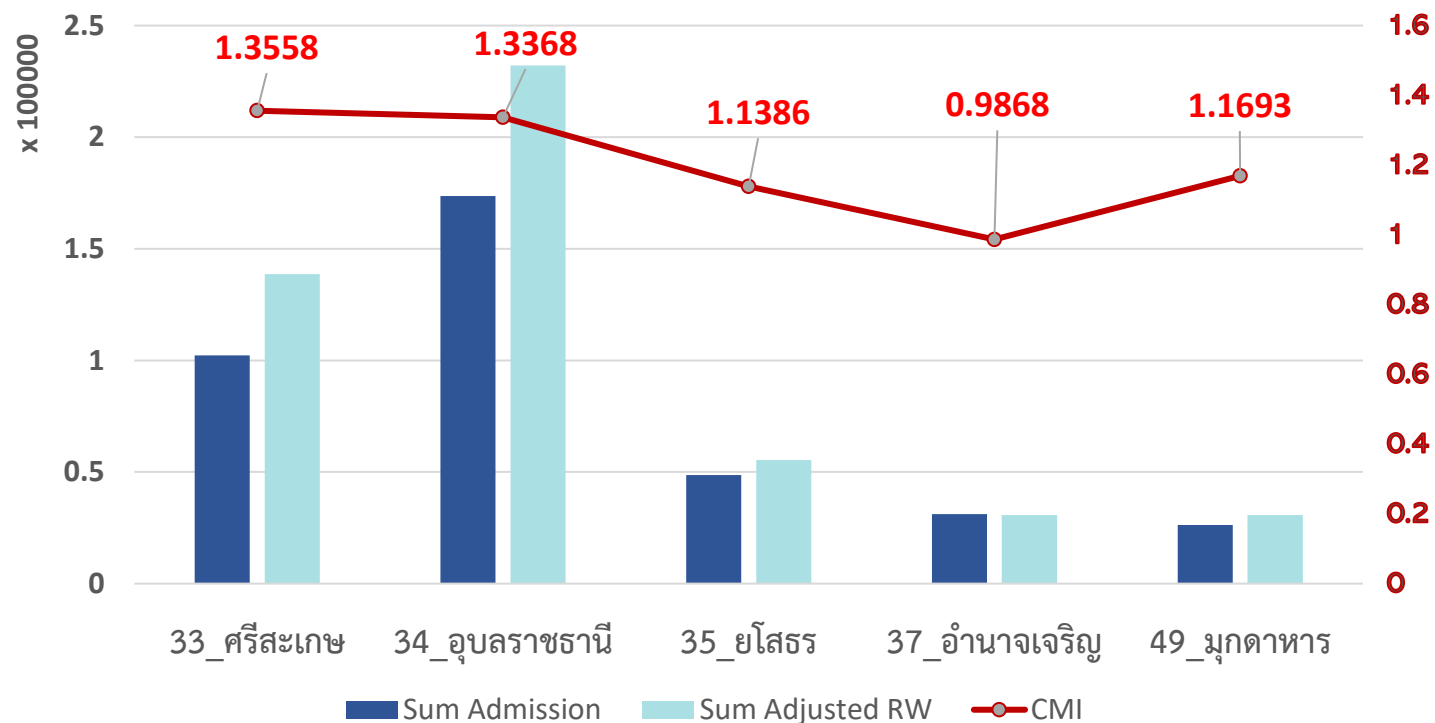
หมายเหตุ : สำหรับข้อมูลบริการปีงบประมาณ 2568 เดือนตุลาคม 2567-กรกฎาคม 2568 สปสช.จ่ายด้วยอัตรา 8,350 บาท

ผลงานบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2568



จังหวัด	Sum Admission	Sum Adjusted RW
ศรีสะเกษ	102,242	138,616.0844
อุบลราชธานี	173,688	232,179.9966
ยโสธร	48,671	55,417.4786
อำนาจเจริญ	31,116	30,705.6021
มุกดาหาร	26,279	30,727.1925
เขต 10 อุบลราชธานี	381,996	487,646.3542

ผลงานบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2568 (ถึงกรกฎาคม 2568)





ข้อมูลค่าSumAdjRWและ%SumAdjRW
แยกตามระดับรพ.

H_Level	Sum Adjusted RW	% ของ SumADJRW
A	146,175.9339	29.98%
S	106,311.8083	21.80%
M1	33,602.7188	6.89%
M2	49,797.7751	10.21%
F1	17,599.9229	3.61%
F2	89,673.1918	18.39%
F3	5,543.4122	1.14%
Other	38,941.5912	7.99%
ผลรวมทั้งหมด	487,646.3542	100.00%

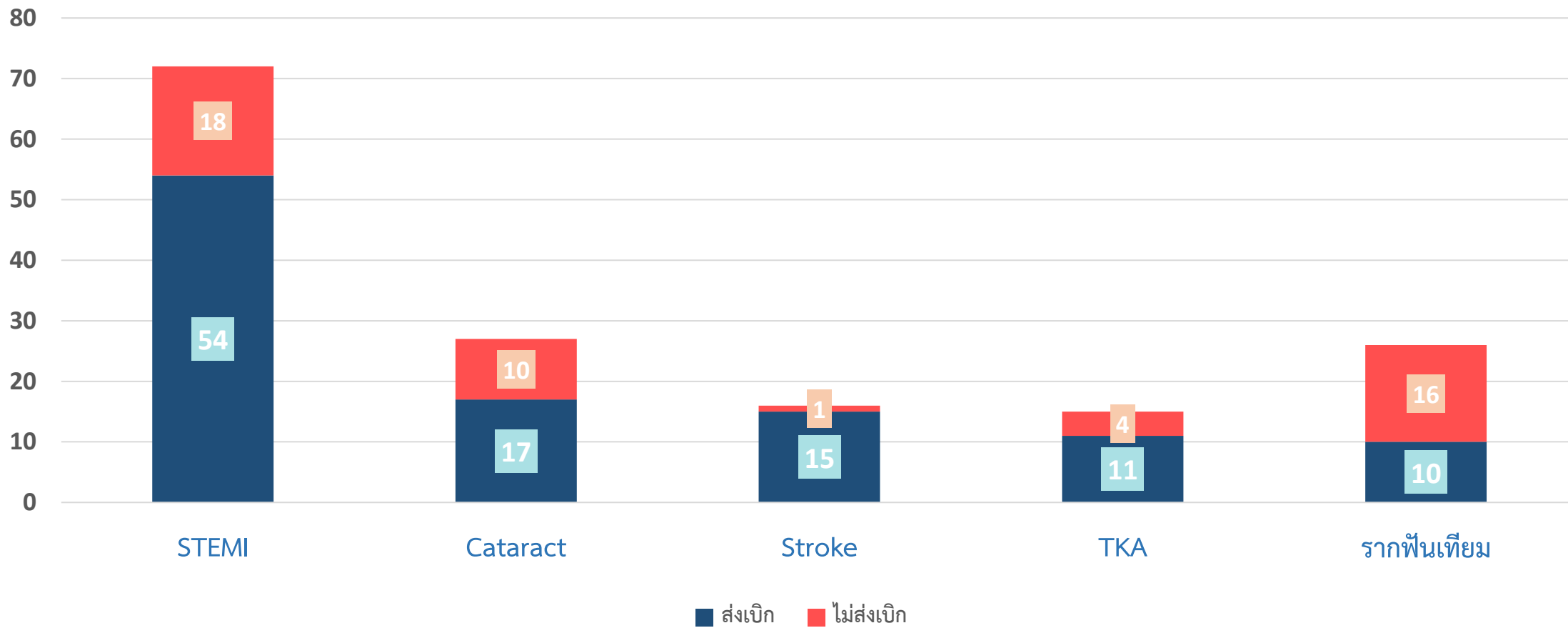
ข้อมูลบริการ IP เรียงลำดับตามค่า CMI เฉพาะโรงพยาบาล F1-F3

HCODE HNAME	H_Level	Sum Admission	Sum Adjusted RW	ผลรวม ของ CMI
10939 ศรีรัตนะ,รพช.	F2	5,758	9,344.3626	1.62
10943 เมืองจันทร์,รพช.	F2	1,329	1,476.6435	1.11
10950 บุณทริก,รพช.	F2	3,067	3,295.9979	1.07
28015 รพ.โพธิ์ศรีสุวรรณ	F2	1,779	1,869.5436	1.05
11113 นิคมคำสร้อย,รพช.	F2	2,345	2,328.4439	0.99
10933 ชุนหาญ,รพช.	F1	4,015	3,971.7963	0.99
10949 น่ายื่น,รพช.	F2	3,887	3,499.8519	0.90
10932 ปรากฏ,รพช.	F2	3,270	2,933.7886	0.90
10928 กัณฑ์ธรรมย์,รพช.	F1	7,335	6,049.4213	0.82
10965 คำเขื่อนแก้ว,รพช.	F2	2,841	2,299.0971	0.81
10946 เขื่อนใน,รพช.	F1	9,497	7,578.7053	0.80
10944 ศรีเมืองใหม่,รพช.	F2	3,654	2,895.9847	0.79
10938 โนนคูณ,รพช.	F2	2,252	1,752.3321	0.78
10988 รพ.เสนางคนิคม	F2	1,712	1,330.9031	0.78
23125 เบญจลักษณ์,รพช.	F2	1,845	1,433.1998	0.78
ผลรวมทั้งหมด		54,586	52,060.0717	14.20

หน่วยบริการที่มีการเบิกงบ CR กรณี Stroke STEMI Cataract TKA และ รากฟันเทียม



จำนวนหน่วยบริการที่ส่งเบิกงบ CR กรณี Stroke STEMI Cataract TKA และ รากฟันเทียม





THANK YOU

ชาลีนี ปิยะประสิทธิ์ สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี
090-1975237

