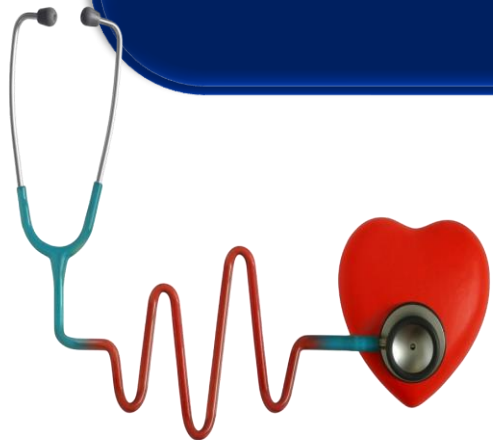


บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

บริการแพทย์แผนไทย

ปี 2569

บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 10 อุบลราชธานี

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศ คู่มือ แนวทาง

หน้า ๒๑

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๒๒๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
พ.ศ. ๒๕๖๘

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๗ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามประกาศนี้
ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้
และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์คนพิการ ปีงบประมาณ 2569

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
พ.ศ. 2568

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)
2. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง
(ตามประกาศ กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ.2567)

ปี 2569

อยู่ระหว่างการร่างและทบทวนประกาศ
อาจเพิ่ม สิทธิประโยชน์ สำหรับหน่วยบริการ
มาตรา 3

(ภาคประชาชน) บริการดูแล

1. บริการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพทางจิต
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลออทิสติก
3. บริการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนหูหนวก



บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)

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

บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (Independent Living : IL)

ผู้มีสิทธิ	ผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ : 1.คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) 2.คนพิการที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือ พิการด้านอื่นร่วมด้วยแนวทางการให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรองและผู้ให้บริการ IL ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (IL Instructor) และได้รับใบประกาศบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 11,000 บาทต่อราย แบ่งจ่ายชดเชยเป็น 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 จ่ายในอัตรา 6,000 บาท เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึก Achieve goal ครั้งที่ 2 จ่ายในอัตรา 5,000 บาท เมื่อหน่วยบริการบันทึกผลการดำเนินงาน อยู่ระหว่างร่างประกาศ ปรับเป็นจ่าย จาก 2 งวด เป็น 1 งวด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS) >>>

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ)

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

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (9 รายการ) ต่อ

รายการบริการฟื้นฟู อื่นๆ



ลำดับ	กิจกรรม	รายบุคคล		รายกลุ่ม	
		รหัส ITEM_CODE	(ครั้ง/วัน)	รหัส ITEM_CODE	(ครั้ง/วัน/คน)
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	-	-
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	H9383.2	75
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	H9375.2	75
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	H9449.2	150
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	H9433.2	150
6	ฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	-	-
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	H9378.3	75
8	Early Intervention	H9438.1	150	H9438.2	75
9	Phenol block	H0489	500	-	-



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศ คู่มือ แนวทาง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๖

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการ

- (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
- (๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

รองศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ วัฒนศิริกุล
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตำแหน่ง: เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเลข: 1100-0000000000

ชัยวัฒน์

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ปีงบประมาณ 2569

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. 2567

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน



บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (IMC OP)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตมีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel ADL index ตั้งแต่ 15 แต่มีความบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) รวมด้วยกลุ่มเป้าหมาย		
	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)		
	2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury)		
	3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury)		
	4. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (fragility hip fracture) ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงกำหนดเป็นผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 66		
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยินยอมการให้บริการหรือปิดสิทธิ		
อัตราจ่าย	กายภาพบำบัด (รวมไม่เกิน 20 ครั้ง)	450 บาทต่อครั้ง	ให้บริการภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ
	กิจกรรมบำบัด และ การแก้ไขการพูด (รวมกันไม่เกิน 10 ครั้ง)		
	จ่ายเพิ่มเติมกรณีให้บริการที่บ้าน หรือ ที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200 บาทต่อครั้ง	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด		
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการ เขต 1 – 13 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal)		
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ(Seamless for DMIS)		

13

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC IP)

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

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย
กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ
ปีงบประมาณ 2569

ประกาศ คู่มือ แนวทาง

หน้า ๒๓

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๒๑๓ ง ราชกิจจานุเบกษา

๙ มิถุนายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

พ.ศ. ๒๕๖๘

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับคนพิการ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

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

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค กรณีที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะพิจารณาเป็นรายกรณี หรือหน่วยบริการอาจขอทำความเข้าใจกับสำนักงานเป็นการเฉพาะตามความจำเป็น



Adobe Acrobat
Document

อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ 2569

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2566 (76 รายการ)
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ฉบับที่ 8 (3 รายการ)
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568
 ลงนาม 9 พ.ค. 2568 มีผล 1 ต.ค. 2567 (รวมประกาศอุปกรณ์) เอกสารแนบ 2 รวม 83 รายการ
 - เพิ่ม ขาเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย 3 รายการ มี ผล 1 ต.ค. 67
 - 8241 อุปกรณ์ขาเทียมระดับใต้เข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย
 - 8242 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย
 - 8283 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเหนือเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรม

บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ มีการยืนยันการบริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง(ยกเว้น IP)
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็น “คนพิการ”
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568 (เอกสารแนบ 2 ท้ายประกาศ)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระบบเบิกจ่าย	- หน่วยบริการ เขต 1-12 บันทึกผ่าน ระบบการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (Disability Portal รหัสสหบาท 362) - หน่วยบริการ เขต 13 กทม. บันทึกผ่าน ระบบ E-CLIM
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) รหัสสหบาท 967

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย ของ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับคนพิการ

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผล การจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค (IMC OP) กายภาพบำบัด , กิจกรรมบำบัด , แก้ไขการพูด	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS หัวข้อ บริการฟื้นฟู สมรรถภาพด้าน การแพทย์
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (O&M : ไม่เข้าหา)	Disability Portal	Disability Portal	
3. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (IL)	Disability Portal	Disability Portal	
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ (Global) กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การแก้ไขการพูด , จิตบำบัด, พฤติกรรมบำบัด, ฟื้นฟูการได้ยิน, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น, Early Intervention, Phenol block	Disability Portal	E-Claim	
5. อุปกรณ์และอวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ	Disability Portal	E-Claim	
บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด (บริการ IMC) ตามประกาศฯ บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ.2567	Disability Portal	Disability Portal	Seamless For DMIS บัตรประชาชนใบเดียว

บริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



ประกาศ คู่มือ แนวทาง

หน้า ๓๙

เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๑๗๙ ง ราชกิจจานุเบกษา

๒๙ เมษายน ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. ๒๕๖๘

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



Adobe Acrobat
Document

บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2569

1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (GB)

- 1) บริการนวด
- 2) บริการประคบ
- 3) บริการนวดและประคบ
- 4) บริการอบสมุนไพร
- 5) บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด
- 6) บริการพอกเข้า
- 7) บริการนวดเพื่อฟื้นฟูเด็กพิการ (หน่วยบริการมาตรา 3)

อยู่ระหว่างการร่าง
ประกาศ
เพิ่มสิทธิประโยชน์
เฉพาะด้าน

2. บริการยาสมุนไพร

- 1) บริการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ 32 กลุ่ม(FS)
- 2) บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือ 55 กลุ่ม (GB)
- 3) เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ กรณีหน่วยบริการใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน 100%

อยู่ระหว่างการร่าง
ประกาศ
เพิ่มรายการยาสมุนไพร

3. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

บริการการหักการแพทย์แผนไทย

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยื่นรับการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ประมวลผลจ่ายเป็น 1 งวดภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ
อัตราจ่าย	1. บริการนวด 200 Point/ครั้ง 2. บริการประคบ 150 Point/ครั้ง 3. บริการนวดและประคบ 250 Point /ครั้ง 4. บริการอบสมุนไพร 120 Point/ครั้ง 5. บริการพอกเข้า 100 Point/ครั้ง (เพิ่มบริการ ปี 2569) 6. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด 500 point/ครั้ง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ
ระบบเบิกจ่าย	หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ใช้โปรแกรม OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ใช้ e-Claim
ระบบ ประมวลผล	ประมวลผลเบื้องต้นที่ OP/PP Individual Records (43 แพ้ม) ประมวลผลจ่ายชดเชยที่ ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)

บริการพอกเข้า

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

บริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ

(หน่วยบริการภาคประชาชน มาตรา 3 เท่านั้น)

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ และ ยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิทุกครั้ง
กลุ่มเป้าหมาย	1. เด็กพิการทุกประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 2. อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี กรณีอายุมากกว่า 18 ปี พิจารณาตามความจำเป็นและได้รับความยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กพิการ ทั้งนี้ ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือเด็กพิการ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
อัตราจ่าย	มีผลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 จ่ายในอัตรา Point ละ 1 บาท 1. บริการนวด 200 Point /ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. บริการนวดและประคบ 250 Point/ครั้ง ให้บริการไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ } รวม นวดไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด
ระบบเบิกจ่าย	บันทึกผ่านระบบ Disability Portal
ระบบประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) เป็นรายเดือน หัวข้อ บริการแพทย์แผนไทย

บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ



กระจายตามผลงานบริการ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

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



ส่วนที่ 1

ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์

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

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

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์

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

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

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

ส่วนที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย(Common disease)และกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

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

หมายเหตุ * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด

เหมาะสมเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ

สำหรับ หน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%

ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 3 รายการ

เหมาะสม 50,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 2 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 รายการ

เหมาะสม 100,000 บาท/แห่ง

กลุ่มที่ 3 หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย 5 รายการ

เหมาะสม 200,000 บาท/แห่ง

 จำนวนเงินไม่เกิน 60 ล้านบาท

เงื่อนไขการจ่าย

การจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 100%

ที่ผ่านการตรวจสอบตามที่ สปสช.กำหนด

ส่วนที่ 3

ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

ปรับจาก “ยาสมุนไพรอื่นๆ 25 Point ต่อรายการ” เป็น “จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา” (55 กลุ่ม 56 รายการ)
 (เริ่ม 1 มี.ค. 68)

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การให้บริการมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 เป็นต้นไป 2. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 Thai Med 3. รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4. บันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือ รหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TTMT หรือ TMT) 5. รูปแบบยา เงื่อนไขการส่งจ่ายยาบัญชียารายการยาเฉพาะ และ บัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 6. การสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด 7. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษา ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนด
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ประมวลผลจ่าย 1 งวด ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ โดยหน่วยบริการมีการจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข
ระบบ	บันทึกและประมวลผ่านระบบ E-Claim หรือ เชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1

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

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

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

ส่วนที่ 3 รายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากส่วนที่ 1 (ต่อ)

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

หมายเหตุ : * course การรักษาและปริมาณการใช้ ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

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

สรุประบบการบันทึกข้อมูลและระบบการประมวลผลการจ่ายชดเชย

บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2569

บริการ	ระบบบันทึกข้อมูล		ระบบประมวลผล การจ่ายชดเชย
	เขต 1-12	เขต 13	
1. บริการหัตถการแพทย์แผนไทย (ยกเว้นนวัตกรรมแผนไทย) นวด / นวดและประคบ / ประคบ / อบสมุนไพร / ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด / พอกเข้า	43 แฟ้ม	E-Claim	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์ แผนไทย
2. การใช้ยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ HERB_FS 32 กลุ่ม 47 รายการ , HERB_GB 55 กลุ่ม 56 รายการ	E-Claim	E-Claim	E-Claim
3. บริการฝังเข็มฯ ในผู้ป่วย Stroke	E-Claim	E-Claim	E-Claim
4. บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและเด็กพิการ สำหรับ หน่วยบริการรับส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็น “หน่วยบริการ มาตรา 3” เท่านั้น	Disabilit y	Disabilit y	Seamless For DMIS หัวข้อ ระบบบริการการแพทย์ แผนไทย
บริการนวัตกรรมด้านแพทย์แผนไทย (นวด อบ ประคบ) ตามประกาศฯ บริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2566	AMED	AMED	Seamless For DMIS บัตรประชาชนใบเดียว

การตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการการแพทย์แผนไทย

<http://op.nhso.go.th/op/>



เข้าสู่ระบบ

Username

.....

Sign in >>



2568

OP/PP Individual Records

ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล

หน้าหลัก

ข่าว

ดาวน์โหลด

เว็บบอร์ด

...



01/05/2568

ประกาศสัมพันธ เรื่อง การเบิกจ่ายชดเชยยาสมุนไพรใน
ปีงบประมาณ 2568

10/03/2568

ประกาศ!! แจ้งขยายเวลาการยื่นอุทธรณ์ข้อมูลบริการ
ไม่ได้พิสูจน์ตัวตนเข้าก่อนเข้ารับบริการ (Authentic

20/11/2567

ประกาศ!! แจ้งกำหนดระยะเวลาการส่งข้อมูลปีงบประ
มาศและปีงบประมาณ 2568 เพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ในระบบ

รายงานบริการแพทย์แผนไทย

+

รายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้น
ก่อนการเบิกจ่าย (เรื่อง นวด อบ
ประคบ และการดูแลมารดาหลังค
คลอด)

+

รายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้น
ก่อนการเบิกจ่าย (เรื่อง ยา
สมุนไพร)

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 เวลา 11:20:06

เวอร์ชัน 2.1.0.00.20241020.2

การตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการการแพทย์แผนไทย

<http://op.nhso.go.th/op/>

รายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้นก่อนการเบิกจ่าย (เรื่อง นวด,อบ,ประคบ และการดูแลมารดาหลังคลอด)

ข้อมูลระดับประเทศจำแนกรายเขต >> ข้อมูลระดับเขตจำแนกรายจังหวัด >>

ข้อมูลส่งประจำเดือน พฤศจิกายน ปี 2567 แสดงข้อมูล export

เขต 10 อุบลราชธานี แยกรายจังหวัด
เดือนที่ส่งข้อมูล พฤศจิกายน 2567
วันที่ประมวลผล 20 ตุลาคม 2568

รหัสเขต	ชื่อเขต	รหัสจังหวัด	ชื่อจังหวัด	ผ่าน					ไม่ผ่าน					รวมทุกกิจกรรม	
				นวด	ประคบ	อบ	นวดและประคบ	ดูแลมารดาหลังคลอด	นวด	ประคบ	อบ	นวดและประคบ	ดูแลมารดาหลังคลอด		รหัสโครงการอื่นที่ไม่ใช่ รหัสโครงการแพทย์แผนไทยที่จ่าย
10	เขต 10 อุบลราชธานี	3300	ศรีสะเกษ	226	1195	952	3372	103	361	264	840	2757	106	6130	14871
10	เขต 10 อุบลราชธานี	3400	อุบลราชธานี	2471	3884	3178	11868	597	4647	1349	3466	22386	490	52611	103908
10	เขต 10 อุบลราชธานี	3500	ยโสธร	297	671	395	2713	46	564	404	515	2888	95	4784	12682
10	เขต 10 อุบลราชธานี	3700	อำนาจเจริญ	24	482	29	540	92	193	258	149	2551	174	1262	5630
10	เขต 10 อุบลราชธานี	4900	มุกดาหาร	520	357	235	2480	71	550	250	232	1464	102	2968	8961

CODE	คำอธิบาย
TT001	วันที่ส่งข้อมูลมีค่าน้อยกว่าวันที่ผู้ป่วยรับบริการ
TT002	ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องพื้นฐานจากระบบงาน OP/PP Individual Records
TT003	วันที่ส่ง/บันทึกข้อมูลเกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ หรือ วันรับบริการไม่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ เพื่อบริการสาธารณสุขบริการแพทย์แผนไทย
TT004	ต้องมีเลขบัตรประจำตัวประชาชนถูกต้อง
TT005	ผู้รับบริการไม่ใช่สิทธิ UC และ ผู้พิการประเภทตน (D1)
TT006	ไม่ระบุรหัสวินิจฉัยโรค (ICD10)
TT007	ผู้รับบริการเสียชีวิตก่อนวันรับบริการ
TT008	ไม่เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (กิจกรรม นวด อบ ประคบ)

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ



ประกาศ คู่มือ แนวทาง

- ❑ 1. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พ.ศ. 2567 **หมวด ๕ ส่วนที่ ๒ การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**
- ❑ 2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. 2567

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
พ.ศ. ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์

- ❑ สนับสนุนให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด

บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท หรือโรคหลงผิด 2) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัสโรค F20-F29 3) หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามหลักเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ/ อัตราจ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1) หน่วยบริการที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยสหวิชาชีพ,อปท.และภาคีเครือข่าย จ่ายในอัตรา 5,000.- บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียน 2) หน่วยบริการที่มีจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด <u>ที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการในข้อ 1)</u> จ่ายในอัตรา 1,000.- บาทต่อราย ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการลงทะเบียน
ระบบบันทึก ข้อมูล	Care transition (รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)
ระบบ ประมวลผล	ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)

นิยามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (F20-F29) ที่เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์การจำแนก ดังนี้

- ❖ SMI-V 1 (Suicide) : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- ❖ SMI-V 2 (Violence) : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- ❖ SMI-V 3 (Delusion) : ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง หรือ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดเกี่ยวกับราชวงศ์/กษัตริย์
- ❖ SMI-V 4 (Crime) : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า/พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

(ผู้ป่วยจิตเวช ICD10 รหัส F00.X – F99.X หรือ รหัส X60.X – X84.X)



คู่มือโปรแกรม SMIV - CARE

ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดยา ขาดผู้ดูแล ไม่มีศักยภาพเพียงพอ อาจถูกล่ามโซ่ จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแลโดยชุมชน และหรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ / แพทย์แผนไทย / จิตเวชเรื้อรัง

นายคิณรงค์ โคตรทอง

นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี



098-2797701