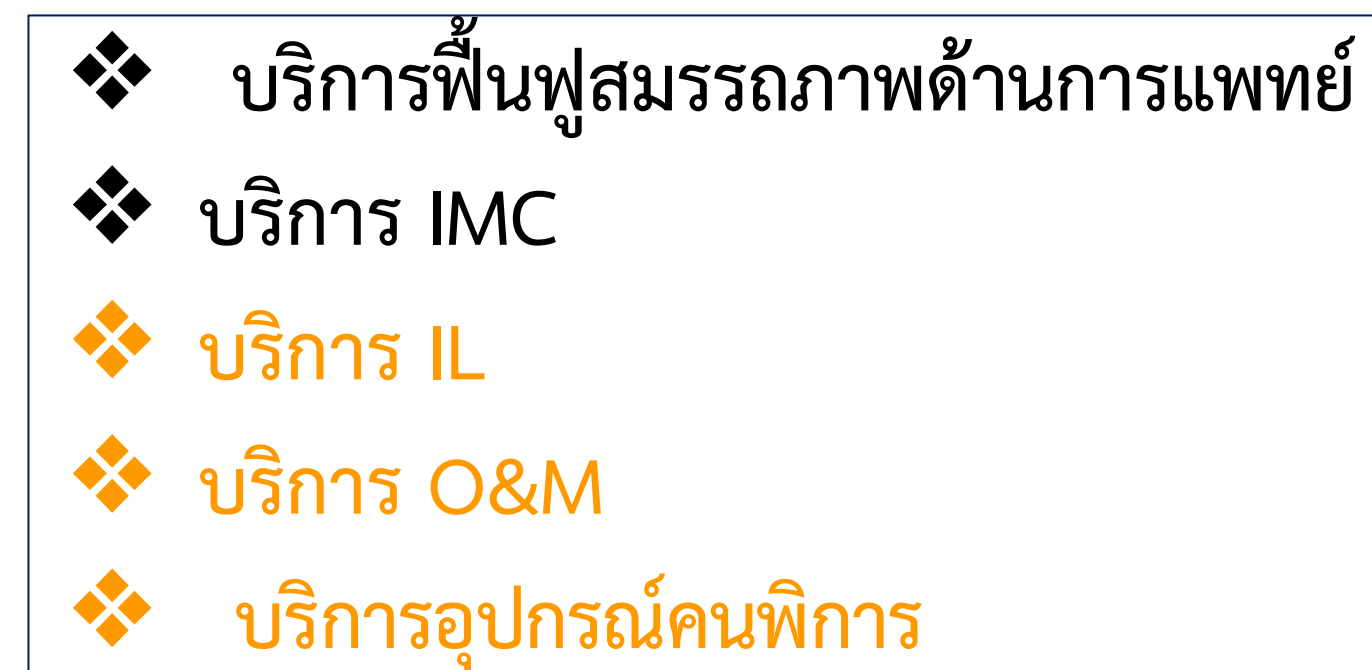
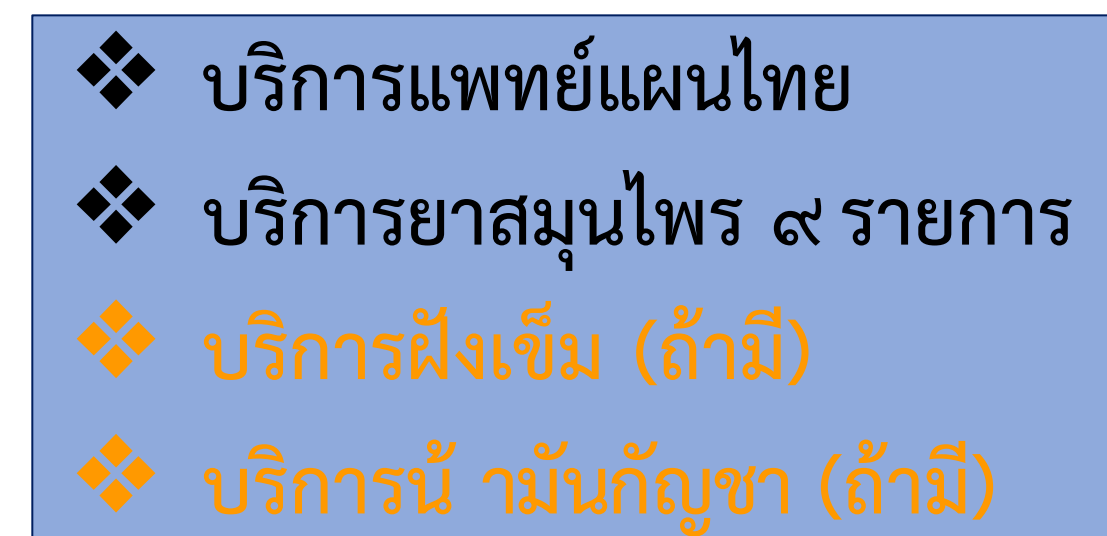
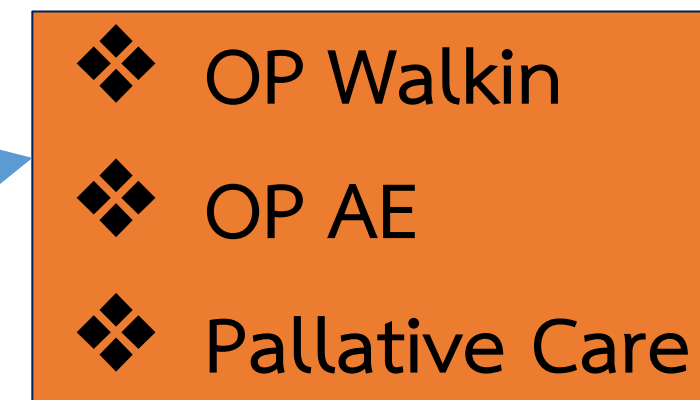
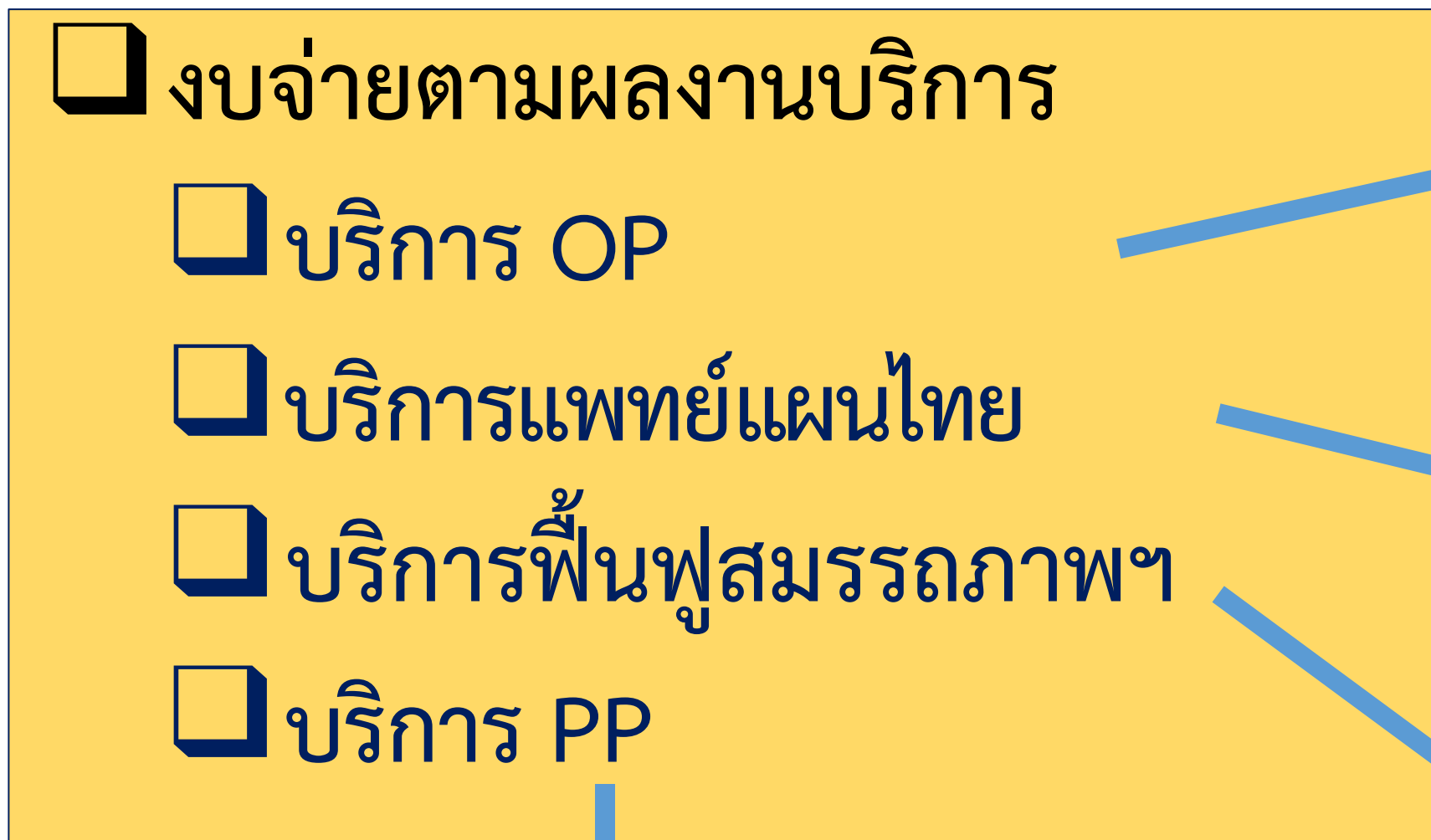


การจัดสรรงบประมาณหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติให้กับสถานีนานามัยและ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่  
สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น



- งบเหมาจ่ายรายหัว
- งบค่าเสื่อม
- งบจ่ายตามผลงานบริการ
  - บริการ OP
  - บริการแพทย์แผนไทย
  - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
  - บริการ PP



## การดำเนินการของจังหวัด

- ดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลเขાฉกรรจ์และ รพ.วังน้ำเย็น ในการพิจารณาการจัดสรรเงินงบประมาณจ่ายรายหัว  งบค่าเสื่อม  งบจ่ายตามผลงานบริการ  บริการ OP  บริการแพทย์แผนไทย  บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
- บริการ PP โดยให้
  - พิจารณาสัดส่วนการโอนเงินให้กับ รพ.สต.ถ่ายโอน และจัดทำข้อตกลงในการโอนเงินตรงให้กับ รพ.สต.

# รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. งบเหมาจ่ายรายหัวประชากร ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)
  - 1.1 เหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอกทั่วไป OP โอนตรง CUP ซึ่ง CUP ต้องสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ วัสดุทันตกรรม วัสดุ Lab ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ และอุปกรณ์ปลอดเชื้อ ตามระบบหน่วยจ่ายกลาง
  - 1.2 สนับสนุนการดำเนินงานที่หักจาก OP โอนตรง สอน./รพ.สต.
    - สนับสนุนเงินค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (Fixed cost) ตามขนาด S M L ของ สอน. และ รพ.สต. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
    - ค่าบริการตามปริมาณงาน .....บาทต่อจำนวนครั้งบริการ
2. ค่าเหมาจ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP basic service) จัดสรรตามหัวประชากร CUP 55% และ สอน./รพ.สต. 45%
3. งบประมาณตามผลงานบริการ (Fee Schedule) จัดสรรตามสัดส่วนผลงานการให้บริการ (รายละเอียดตามรายการ)



## รูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

### 4. งบค่าเสื่อม ระดับ CUP

2.1 งบค่าเสื่อม IP จัดสรร โรงพยาบาล 100%

2.2 งบค่าเสื่อม OP,PP จัดสรร โรงพยาบาล 70% และ สอน./รพ.สต. 30%

### 5.. อื่น ๆ

- 1) สอน. และ รพ.สต. ลูกข่ายเบิกยา เวชภัณฑ์ วัสดุทันตกรรม วัสดุ Lab และอุปกรณ์ปลอดเชื้อตามระบบหน่วยจ่ายกลาง  
การกำจัดขยะติดเชื้อ โดยไม่มีการเก็บเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 2) โรงพยาบาลแม่ข่ายให้บริการผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับ สอน. และ รพ.สต. ในเครือข่าย โดยไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างกัน
- 3) โรงพยาบาลแม่ข่าย และ สอน./รพ.สต. ร่วมกันจัดบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายฯ
- 4) ระบบ HIS ใน สอน. และ รพ.สต. ให้ใช้ JHCIS ต่อไป และส่งข้อมูลการให้บริการเข้าระบบ Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อใช้สนับสนุนการบริหารจัดการ และการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการบริการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2566 ที่มีข้อตกลงการโอนเงินให้ สนอ/รพ.สต. ภายโอนฯ							
รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	โปรแกรมบันทึกผลงานบริการ	หมายเหตุ	รายการที่มี ข้อตกลงจ่าย ตรง รพ.สต.	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
						(ระบุ 1) ชดเชยทั้ง บริการ	กรณีชดเชย บางส่วน
<b>งบบริการแพทย์แผนไทย</b>							
	<b>บริการแพทย์แผนไทย</b>	<b>(Point system with in Global budget)</b>					
	1. บริการนวด	200 บาท/ครั้ง	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	2. บริการประคบ	150 บาท/ครั้ง	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	3. บริการนวดและประคบ	250 บาท/ครั้ง	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	4. บริการอบสมุนไพร	120 บาท/ครั้ง	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด	500 บาท/ครั้ง	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	6. การใช้ยาจากสมุนไพร	25 บาท/รายการยา	โปรแกรม OP/PP Individual Records	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	<b>รายการยาสมุนไพรกลุ่มที่มีประสิทธิภาพชัดเจน /ใช้ ทดแทนยาแผนปัจจุบัน</b>	<b>(Point system with in Global budget)</b>					
	1. ฟ้าทะลายโจร ชนิดแคปซูล 500 mg	0.85 บาท (เบิกไม่เกิน 142.8 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	2. ขมิ้นชัน ชนิดแคปซูล 500 mg	0.79 บาท (เบิกไม่เกิน 44.24 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	3. ประสะมะแว้ง ชนิดลูกกลอน 200 mg	5.28 บาท (เบิกไม่เกิน 258.72 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	4. ยาแก้ไอมะขามป้อม ชนิดน้ำ 120 ml	27.9 บาท (เบิกไม่เกิน 195.3 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	5. ยาไพล ชนิดครีม (หลอด) 30 g	40.77 บาท (เบิกไม่เกิน 40.77 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	6. เถวัลย์เปรียง ชนิดแคปซูล 500 mg	0.93 บาท (เบิกไม่เกิน 58.59 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	7. ยาประคบ 200 g	62.76 บาท (เบิกไม่เกิน 188.28 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	8. ยาธาตุน้ำประคบ ชนิดน้ำ 120 ml	16.29 บาท (เบิกไม่เกิน 84 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	9. ยาสะหัสธาธา ชนิดแคปซูล 500 mg	1.16 บาท (เบิกไม่เกิน 73.08 บาท /ครั้ง)	โปรแกรม e-Claim		0	0	

ค่าบริการน้ำมันกัญชา		ราคาต่อหน่วยที่ชัดเจน					
	1 ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml (10 ml.)	172 บาท/ขวด (ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	2 ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และ เมล็ด (5 ml.)	150 บาท/ขวด (ไม่เกิน 4 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	3 ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน 0.5 mg/drop (5 ml.)	500 บาท/ขวด (ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	4 ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน 1:1 (5 ml.)	900 บาท/ขวด (ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	5 ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD)100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1 (10 ml.)	2000 บาท/ขวด (ไม่เกิน 6 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	6 ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD)100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1 (30 ml)	6000 บาท/ขวด (ไม่เกิน 2 ขวด/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	7 ยาแก้ลมแก้เส้น ขนาด 500 มก/แคปซูล	3.50 บาท/แคปซูล (ไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	8 ยาแก้ลมแก้เส้น ชนิดบรรจุซอง 2 กรัม/ซอง	13.00 บาท/ซอง (ไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	9 ยาสุขไสยาสน์ ขนาด 500 มก/แคปซูล	3.50 บาท/แคปซูล (ไม่เกิน 120 แคปซูล/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	10 ยาสุขไสยาสน์ ชนิดบรรจุซอง 2 กรัม/ซอง	11.00 บาท/ซอง (ไม่เกิน 30 ซอง/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
	11 ยาทำลายพระสุเมรุ ขนาด 500 มก/แคปซูล	2.25 บาท/แคปซูล (ไม่เกิน 240 แคปซูล/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)	หักต้นทุนค่ายาทั้งหมด	1	1	
	12 ยาทำลายพระสุเมรุ ชนิดบรรจุซอง 2 กรัม/ซอง	8.00 บาท/ซอง (ไม่เกิน 60 ซอง/คน/เดือน)	โปรแกรม ยา จ.2 (หัวข้อกัญชา)		0	0	
ค่าบริการ	บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) รายใหม่						
	1. จ่ายตามรายการบริการ	150 บาท/ครั้ง	โปรแกรม e-Claim		0	0	
	2. จ่ายตามมาตรฐานบริการ	1000 บาท	โปรแกรม e-Claim		0	0	



รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	โปรแกรมบันทึกผลงานบริการ	หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลง จ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มี ข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
						(ระบุ 1) ชดเชยทั้ง บริการ (ระบุ 2) ชดเชย บางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำ ควณจ่ายตามหลักเกณฑ์
<b>1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ (9 รายการ) @Point system within Global bud</b>							
	1.Early Intervention (กลุ่ม)	75	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	2.Early Intervention (บุคคล)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	3.Phenol block	500	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	4.กายภาพบำบัด	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ที่มีศักยภาพ/มีนักกายภาพ	1	1	
	5.การแก้ไขการพูด (กลุ่ม)	75	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	6.การแก้ไขการพูด (บุคคล)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	7.การฟื้นฟูการได้ยิน	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	8.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (กลุ่ม)	75	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	9.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (บุคคล)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	10.กิจกรรมบำบัด (กลุ่ม)	75	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	11.กิจกรรมบำบัด (บุคคล)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	12.จิตบำบัด (กลุ่ม)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	13.จิตบำบัด (บุคคล)	300	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	14.พฤติกรรมบำบัด (กลุ่ม)	150	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	15.พฤติกรรมบำบัด (บุคคล)	300	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
<b>2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (IMC) เดิม รพ.สต.ไม่ได้</b>							
	1.กายภาพบำบัด	450	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ที่มีศักยภาพ/มีนักกายภาพ	1	1	
	2.การแก้ไขการพูด	450	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	3.กิจกรรมบำบัด	450	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	4.ค่าบริการทางการแพทย์ เพิ่มเติม สำหรับการให้บริการในชุมชนกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัด ในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ	200	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
<b>3. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ (IL) เดิม รพ.สต.ไม่ได้</b>							
	1.การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ งวดที่ 1	6000	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	2.การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ งวดที่ 2	5000	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
<b>4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น การสร้างความคุ้นเคย กับสภาพแวดล้อมและเคลื่อนไหว (O&amp;M)</b>							
		9000	โปรแกรม Disability				

รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	โปรแกรมบันทึกผลงานบริการ	หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลง จ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มี ข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
						(ระบุ 1) ชดเชยทาง บริการ (ระบุ 2) ชดเชย บางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำ ควณจ่ายตามหลักเกณฑ์
<b>5. ค่าอุปกรณ์เพื่อคนพิการ 76 รายการ (จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด)</b>							
	1.เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิตอล	เครื่องละ 6000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	2.เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก	เครื่องละ 4000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	3.เครื่องช่วยฟังแบบที่ติดหลังใบหู ระบบดิจิตอล	ข้างละ 9000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	4.เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิตอล	ข้างละ 11000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	5.เครื่องช่วยฟังชนิดนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิตอล	เครื่องละ 11000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	6.สายสวนบัสสภาวะแบบสวนด้วยตนเอง	ข้างละ 800 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	7.แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดหน้ามือ มีระบบการใช้งาน	ข้างละ 36500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	8.แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดหน้ามือ ไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ 17200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	9.แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ	ข้างละ 28500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	10.แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดหน้ามือ ไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ 37000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	11.แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ 48000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	12.แขนเทียมขีดไหลหรือแบนไหลส่วนปลายชนิดหน้ามือ ไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)	ข้างละ 38000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	13.แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดหน้ามือ มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ 56000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	14.เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ 2000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	15.เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ 2000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	16.เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ 3000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	17.เบ้าแขนเทียมระดับไหล (สำหรับเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ 4000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	18.สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม (สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสาย)	เส้นละ 3200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	19.มือเทียมหน้ามือไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ 8000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	20.มือตะขอโลหะ	ข้างละ 20000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	21.มือเทียมหน้ามือมีระบบการใช้งาน	ข้างละ 21000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	22.ข้อมือเทียมชนิดโลหะ	ชิ้นละ 5000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	23.ข้อมือเทียมชนิดไม้	ชิ้นละ 1900 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	24.ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ชิ้นละ 19000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	25.ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัดโนมัต	ชิ้นละ 40000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	26.ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ	ชิ้นละ 45000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	27.สายรัดแขนเทียม	เส้นละ 250 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	28.ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)	ข้างละ 11000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	29.ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก	ข้างละ 6000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	30.ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน	ข้างละ 12000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	31.ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก	ข้างละ 21000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	32.ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก	ข้างละ 26000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	33.ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน	ข้างละ 28000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	34.เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	ข้างละ 3000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	35.เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า	ข้างละ 3000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	36.เบ้าขาเทียมระดับเข่า	ข้างละ 4000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	37.เบ้าขาเทียมเหนือเข่า	ข้างละ 4000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	38.เบ้าขาเทียมสะโพก	ข้างละ 6000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	39.สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม	ข้างละ 250 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	40.แป้นสายเข็มขัด	คู่ละ 100 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	41.ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)	ข้างละ 30000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	42.ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน	ข้างละ 28000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	43.ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน	ข้างละ 13000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	44.ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)	ข้างละ 2500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	45.เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้	ข้างละ 3000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	46.แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน/ตัวยึดเท้าเทียม	ชิ้นละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	47.แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง	ชิ้นละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	48.ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ	ชิ้นละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	49.ตัวยึดเบ้าเทียม	ชิ้นละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	50.โพนขาเทียมเหนือเข่า	ชิ้นละ 3500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	51.โพนขาเทียมใต้เข่า	ชิ้นละ 1500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	52.ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า	ชิ้นละ 200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	53.ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า	ชิ้นละ 200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	54.เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)	ข้างละ 4200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	55.PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า	ข้างละ 6500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	56.ที่คลุมเข่า Knee pad	ชิ้นละ 350 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	57.โลหะตามขาชนิดสั้น	ข้างละ 5500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	58.PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า	ข้างละ 4000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	59.ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	คู่ละ 650 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	60.ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	อันละ 600 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	61.ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหยุ่นชนิดมีด้าม	อันละ 500 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	62.ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)	อันละ 1200 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	63.ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)	อันละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	64.ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	คู่ละ 350 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	65.รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย	คู่ละ 800 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		
	66.รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย	คู่ละ 1000 บาท	โปรแกรม Disability	รพ.สต. ไม่สามารถให้บริการได้	0		

รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2566 ที่มีข้อตกลงการโอนเงินให้ สนอ/รพ.สต. ภายโอนฯ

ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สต.		หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลงจ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มีข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.		
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์	
1	บริการฝากครรภ์	- ค่าบริการฝากครรภ์	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อ ครั้ง ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอ รายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่าย	/	-		1		*ยังไม่สรุป เนื่องจากไม่สามารถระบุการให้บริการครั้งที่เท่าไรได้	
		- บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำ ความสะอาดฟัน	เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์	/	-	หน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล	1	1		
		- ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screen และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0			
		- ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0			
		- ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0			
2	บริการการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง	/	-		1	2	หักต้นทุน 100 % ชดเชยบางส่วน	
		บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test					0			
		- ค่าบริการเก็บตัวอย่าง รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจ จากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง	/	-					
		- บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ					0			
		กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง	-	-		0			
		กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง	-	-		0			
		บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง	-	-		0			
บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการ ตัดชิ้นเนื้อ ( Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง	-	-		0					

ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สต.		หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลงจ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มีข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
3	บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	<b>บริการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อผลการตรวจคัดกรองผิดปกติทั้งคู่</b>					0		
		- ค่าตรวจ Hb typing	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน	-	-		0		
		- ค่าตรวจ Alpha - thalassemia 1	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน	-	-		0		
		- ค่าตรวจ Beta thalassemia mutation	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน	-	-		0		
		<b>บริการตรวจยืนยันทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis; PND) เมื่อผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ด้วยการทำการหัตถการ วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</b>					0		
		- การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling, CVS)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		<b>บริการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous <math>\beta</math>-thalassemia <math>\beta</math>-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis</b>					0		
		- ค่าตรวจ DNA Based Analysis	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- ค่าตรวจ Hb typing	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		<b>บริการยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง</b>	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		

4	บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	<b>ตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</b>					0		
		- การเจาะเลือดบั้นซีรัม หรือ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- การเจาะเลือดบั้นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจ	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		<b>บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test (Beta-HCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A)</b>					0		
		- ค่าตรวจ Quadruple test หรือ	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- ค่าตรวจ Quadruple test โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด C33	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		<b>บริการทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เมื่อผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</b>					0		
		- การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		<b>ค่าตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดย</b>	จ่ายแบบเหมาในอัตรา 2,500 บาท ต่อ	-	-		0		
<b>บริการยุติการตั้งครรภ์</b>	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อ	-	-		0				
5	บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย	- ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อ	-	-		0		
		- ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาทต่อ	-	-		0		
6	บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	- บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถีดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม	จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		
		- บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรมด้วยการใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) อย่างใดอย่างหนึ่ง	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์	-	-		0		

ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สด.		หมายเหตุ	รายการที่มีชดเชยจ่ายตรง รพ. สด. (ระบุ 1)/รายการไม่มีชดเชยจ่ายตรง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีชดเชยจ่าย ที่โอน รพ. สด.	
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
7	บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาคิดปกติ	- เลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี	-	-		0		
		- เลนส์สายตาคิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาคิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมี ปัญหาความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี	-	-		0		
8	บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR)	จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	-	-		0		
		บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคด้วยยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) <u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> กรณีผล CXR ผิดปกติ					0		
		- TB-LAMP หรือ	จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) หรือ	จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	อัตรา 400 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	อัตรา 100 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- Real-time PCR MTB/MDR หรือ	จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	อัตรา 400 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)	อัตรา 200 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- Line Probe Assay (LPA)	จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	อัตรา 400 บาท ต่อครั้ง	-	-		0		
		- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)	อัตรา 200 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคด้วยยา (RR/MDR-TB) <u>โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง</u> จากรายการ ดังนี้					0		
		- Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
		- Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง	-	-		0		
- บริการตรวจด้วยวิธี AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Second - line drugs					0				
- ตรวจด้วยวิธี AFB	จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี	-	-		0				
- ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี					0				
- เทคนิค Solid media	จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง	-	-		0				
- เทคนิค Liquid media	จ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง	-	-		0				

ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สด.		หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลงจ่ายตรง รพ. สด. (ระบุ 1)/รายการไม่มีข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ. สด.	
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
9	บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	- ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อ ครั้งต่อปี	/	-	หน่วยบริการภาครัฐสามารถ ดำเนินการได้ กรณีที่มี บุคลากรผ่านการอบรม	0		
		- ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อ ครั้ง ทุก 3 ปี	/	-	หน่วยบริการภาครัฐสามารถ ดำเนินการได้ กรณีที่มี บุคลากรผ่านการอบรม	0		
		- ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive – COC) ที่ให้แก หญิงปกติทั่วไป รวมค่าบริการให้คำปรึกษา	เหมาจ่ายในอัตรา 40 บาทต่อแผง จ่ายครั้ง ละไม่เกิน 3 แผง และไม่เกิน 13 แผงต่อ คนต่อปี	/	-		1	2	20.00
		- ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill – POP) (มี Lynestrenol 0.5 mg.) ที่ให้แกหญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน และผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออรา รวมค่าบริการ ให้คำปรึกษา	เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อแผง จ่ายครั้ง ละไม่เกิน 3 แผง และไม่เกิน 13 แผงต่อ คนต่อปี	/	-		1	2	40.00
		- ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา	เหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	/	-		1	2	30.00
		- ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการ ให้คำปรึกษา	เหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อแผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี	/	-		0		
		- บริการถุงยางอนามัย	จ่ายชดเชยเป็นถุงยางอนามัย	/	-		0		
10	บริการการคัดกรองธาลัสซีเมีย และการคัดกรอง ซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของ หญิงตั้งครรภ์	- ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อ การตั้งครรภ์	-	-		0		
		- ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อการ ตั้งครรภ์	-	-		0		
		- ค่าบริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี TPHA	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อ การตั้งครรภ์	-	-		0		
11	การตรวจหลังคลอด	- ค่าบริการตรวจหลังคลอด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อ ครั้งหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง	/	-		1	1	
		- ค่าบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน หรือยาเม็ดรวม Triferdine หรือที่เทียบเท่า	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อ ครั้งหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง	/	-		1	2	67.50
12	การทดสอบการตั้งครรภ์	- ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง	/	-		0		
		- ค่าบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี	/	-		0		
13	บริการคัดกรองรอยโรค เสี่ยงมะเร็งและมะเร็ง ช่องปาก (CA Oral Screening)	- ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อ ครั้งต่อคน	-	-		0		

ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สต.		หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลงจ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มีข้อตกลง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
14	บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	- อายุ 15-34 ปี ให้บริการครบทุกรายการ 1.1 ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วน สูง) และรอบเอว 1.2 ตรวจวัดความดันโลหิต 1.3 คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด 1.4 ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า 1.5 ให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล หากเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ประสานส่งต่อหรือนัดพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยสั่งการรักษา หรือแนะนำรับบริการตามสิทธิ	เหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท/ครั้ง/คน/ปี	/	-		1	1	
		- อายุ 35-59 ปี ให้บริการครบทุกรายการ 2.1 ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว) 2.2 ตรวจวัดความดันโลหิต 2.3 คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด 2.4 ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า 2.5 ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และหรือเจาะเลือดปลายนิ้วภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับน้ำตาล (FCG) 2.6 ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด 2.7 ให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล หากเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ประสานส่งต่อหรือนัดพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยสั่งการรักษา หรือแนะนำรับบริการตามสิทธิ	เหมาจ่ายในอัตรา 150 บาท/ครั้ง/คน/ปี	/	-		1	1	
		2.8 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงตามข้อ 2.5 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุ ในประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ปี 2565 (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน)	เหมาจ่ายในอัตรา 40 บาท/ครั้ง/คน/ปี	-	-	ตรวจที่โรงพยาบาล	0		
		- อายุ 45-70 ปี ให้บริการ ดังนี้ บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)	เหมาจ่ายในอัตรา 160 บาท/คน/ทุก 5 ปี	-	-	ตรวจที่โรงพยาบาล	0		



ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	ศักยภาพในการให้บริการของ รพ. สด.		หมายเหตุ	รายการที่มีชดเชยจ่ายตรง รพ. สด. (ระบุ 1)/รายการไม่มีชดเชยจ่ายตรง (ระบุ 0)	รูปแบบการจ่ายที่มีชดเชยจ่ายที่โอน รพ. สด.	
				ให้บริการได้	ให้บริการไม่ได้			(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดเชยบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
15	บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	- ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างส่งตรวจ	จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ในอัตรา 500 บาท	-	-		0		
		- ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2					0		
		- ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท	-	-		0		
		- ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท	-	-		0		
16	บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	- ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน	-	-		0		
17	บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	- ค่าบริการจะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อชีวิต	-	-		0		
18	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	- ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก หรือยาเม็ดรวม Ferrofolic หรือที่เทียบเท่า	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาท/ครั้ง	/	-		1	2	40.00
19	บริการวัดคลื่นคอติบอลทะเย็ก (dT) ในผู้ใหญ่	- ค่าบริการฉีดวัดคลื่น dT	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง	/	-		1	2	10.00
20	บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)	- ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูง เฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ	จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	/	-	หน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล	1	2	50.00
21	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)	- ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้งทุก 2 ปี	/	-		1	2	30.00
22	บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	- ค่าบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้งต่อปี	/	-		1	1	
23	บริการฉีดวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)	- ค่าบริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง	/	-	PP workload	1	1	

รายการบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2566 ที่มีข้อตกลงการโอนเงินให้ สนอ/รพ.สต. ภายนอก							
ลำดับ	รายการ	กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายชดเชย	หมายเหตุ	รายการที่มีข้อตกลงจ่ายตรง รพ.สต. (ระบุ 1)/รายการไม่มีข้อตกลง	รูปแบบการจ่ายที่มีข้อตกลง ที่โอน รพ.สต.	
						(ระบุ 1) ชดเชยทั้งบริการ (ระบุ 2) ชดชดบางส่วน	กรณีชดเชยบางส่วน ระบุจำนวนเงิน เพื่อคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์
1	OP ANYWHERE (WALKIN)	บริการผู้ป่วยนอกเหตุสมควรข้ามจังหวัด/เขต	1. จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาท/ครั้ง (รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์ประจำ) 2. จ่ายรายการบริการและอัตราจ่ายแบบ Fee schedule (รพ.สต.ที่มีแพทย์ประจำ 5 วันทำการ)	รพ.สนับสนุนยา	1	2	20
2	OPAE	บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด	รายการบริการและอัตราจ่ายแบบ Fee schedule		1	2	50 % จากยอดที่เบิกจ่าย
3	PALLIATIVE CARE	บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)	1. เยี่ยมบ้านแล้วไม่เสียชีวิต - ค่าบริการ อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/เดือน จ่ายไม่เกิน 6 ครั้งนับจากครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน 2. เยี่ยมบ้านแล้วเสียชีวิต - ค่าบริการเยี่ยมบ้าน อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/เดือน จ่ายเพิ่มการเสียชีวิต จ่าย Fix cost 3,000 บาท (จ่ายครั้งเดียว/คน)	ดำเนินการภายใต้แผนการดูแลของหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ส่งต่อมาให้ รพ.สต.ดูแล โดยมี รพ.สต.ร่วมในการลงเยี่ยม	1	2	

ขอขอบคุณ!

