

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์  
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการให้บริการแก่หญิงไทยทุกคน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๘.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการบริการฝากครรภ์

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ให้การบริการฝากครรภ์ เป็นรายการบริการเพื่อการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๖.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการตามข้อ ๕ จะต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้

๖.๒ หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการดูแลหญิงซึ่งตั้งครรภ์ ตามรายการหรือกิจกรรมบริการ สำหรับบริการฝากครรภ์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข และตามแนวทางการฝากครรภ์ คุณภาพ ปี ๒๕๖๕ กรมอนามัย ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการ ดังต่อไปนี้

๗.๑ ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๖๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ การเบิกค่าบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๙ เป็นต้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดหลักฐานการให้บริการเพิ่มเติมจากหน่วยบริการ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาจ่าย

๗.๒ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๗.๒.๑ การตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์

๗.๒.๒ การตรวจ VDRL และ HIV Antibody โดยตรวจอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๙๐ บาทต่อการตั้งครรภ์

๗.๓ บริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์

๗.๔ บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้

## หมวด ๒

### วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ ผ่านระบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

## หมวด ๓

### เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ สำนักงานต้องประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๑๐.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงาน จะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre-audit)

๑๐.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งเข้าในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

๑๐.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวน เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนดได้

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre-audit) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI System) และระบบ การกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ (Verification system) โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่าย ให้แสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการ ดังนี้

๑๑.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

๑๑.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI System) หรือ verification system (ข้อมูล V : Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ หรือสอบถามผู้รับบริการทางโทรศัพท์ เพิ่มเติม ดังนี้

๑๑.๒.๑ เอกสารหลักฐานการให้บริการที่จะตรวจสอบเพิ่มเติม มีดังนี้

(๑) หลักฐานบันทึกการให้บริการฝากครรภ์

(๒) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่กำหนด ในการจ่ายชุดเซย์เหมาจ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖๐๐ บาท ผลการตรวจ HIV antibody และ VDRL ที่ส่งตรวจในช่วงที่อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด

(๓) หลักฐานบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการ ชัดทำความสะอาดฟัน

(๔) ผลการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์

๑๑.๒.๒ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสาร หมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการ ให้บริการและดำเนินการ ดังนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ให้นำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ เนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ ซึ่งหน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบได้ ภายในระยะเวลา ๑๐ วันนับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลและความจำเป็น เมื่อหน่วยบริการร้องขอ

(๓) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการและหน่วยบริการไม่ขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว หรือเมื่อพิจารณาข้อเสนอขอทบทวนแล้วยังตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนดสำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย (Post-audit) หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ก็ได้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔  
ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

ชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) สำหรับบริการฝากครรภ์ ประกอบด้วย

๑. โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (e-Claim)
  - ๑.๑ เพิ่มข้อมูลที่ 1 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล (INS)
  - ๑.๒ เพิ่มข้อมูลที่ 2 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยกลาง (PAT)
  - ๑.๓ เพิ่มข้อมูลที่ 3 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD)
  - ๑.๔ เพิ่มข้อมูลที่ 5 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก (ODX)
  - ๑.๕ เพิ่มข้อมูลที่ 6 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลเหตุการณ์ผู้ป่วยนอก (OOP)
  - ๑.๖ เพิ่มข้อมูลที่ 11 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน (แบบสรุป) (CHT)
  - ๑.๗ เพิ่มข้อมูลที่ 12 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลการเงิน (แบบรายละเอียด) (CHA)
  - ๑.๘ เพิ่มข้อมูลที่ 14 มาตรฐานเพิ่มข้อมูลค่าใช้จ่ายเพิ่ม และบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด (ADP)

หมายเหตุ อ้างอิงตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๒. รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์

๒.๑ บริการฝากครรภ์ ระบุงการวินิจฉัยโรคหลัก ICD 10 ได้แก่

การดูแลการตั้งครรภ์ปกติ ได้แก่ Z34.0 , Z34.8, Z34.9 รหัสใดรหัสหนึ่ง

การดูแลครรภ์เสี่ยง ได้แก่ Z35.0-Z35.9 รหัสใดรหัสหนึ่ง

๒.๒ บริการตรวจอัลตราซาวด์ ได้แก่ ICD 9CM 88.78

๒.๓ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดและและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์

กรณีตรวจสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 2330011 หรือ 2330013

กรณีขัดและทำความสะอาดฟัน ได้แก่ 2387010, 2277310, 2277320, 2287310,

2287320 รหัสใดรหัสหนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔  
ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์

๑. เกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีบริการฝากครรภ์

๑.๑ กรณีบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการฝากครรภ์ จะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการแบบเหมาจ่าย ๖๐๐ บาท พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีรายการครบทุกรายการ ดังนี้

- (ก) CBC-Hb/Hct
- (ข) MCV และหรือ DCIP
- (ค) Blood group: ABO/Rh
- (ง) VDRL
- (จ) HIV antibody
- (ฉ) Hepatitis B

๑.๒ กรณีบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HIV antibody และ VDRL ที่ส่งตรวจในช่วงที่อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด โดยพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีวันที่ส่งตรวจ หรือรายงานผลตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๑.๓ กรณีการฝากครรภ์ พบหลักฐานการให้บริการฝากครรภ์

๒. เกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย บริการการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ พบผลการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์

๓. เกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย บริการการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ พบหลักฐานการให้บริการครบทุกข้อ ดังนี้

๓.๑ หลักฐานการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก

๓.๒ หลักฐานการให้บริการชัดและทำความสะอาดฟัน

ทั้งนี้หลักฐานการให้บริการ ในข้อ ๓.๑ และข้อ ๓.๒ ที่ตรวจสอบพบ ไม่จำเป็นต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกัน

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝากครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔  
ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

แนวทางฝากครรภ์คุณภาพ ปี 2565 กรมอนามัย

กิจกรรมบริการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	✓ 12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
· ประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วย และทางสูติกรรม	✓											
· ข้อมูลการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	✓											
· ตรวจร่างกาย ปอด หัวใจ	✓											
· ประเมินสุขภาพจิต	✓		✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓
· ประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์	✓											
· พบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์		✓		✓					✓			
· Prenatal counselling กลุ่มอาการดาวน์ และธาลัสซีเมีย		✓										
· คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ 14 – 18 wks.												
· คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 24 - 28 wks. ยกเว้นกลุ่มเสี่ยงให้คัดกรองตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก												
- Glucose challenge test (GCT)					✓							
- Oral glucose tolerance test (OGTT)						✓						
· ประเมินการคลอด									✓			

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	✓ 12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>	<b>ครั้งที่ 1</b>						<b>ครั้งที่ 2</b>					
· Multiple urine dipstick	✓						✓					
· TPHA หรือ anti TP (กรณีที่มี TPHA/anti TP ผลเป็นบวกในการตรวจครั้งแรก หรือเคยเป็นบวกมาก่อนให้เปลี่ยนการตรวจจาก TPHA/anti TP เป็น VDRL/RPR)*		✓					✓					
· VDRL/RPR	✓						✓					
· Anti - HIV	✓						✓					
· HBsAg	✓											
· CBC for MCV,Hct, Hb	✓						✓					
· DCIP	✓											
· ถ้าผล MCV + DCIP เป็นบวกทั้งคู่ให้ตรวจยืนยัน Hb typing/PCR เพื่อกำหนดคู่เสี่ยงการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์และยุติการตั้งครรภ์	✓											
· ตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh)	✓											
· ตรวจสุขภาพช่องปาก	✓											
· ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและขัดทำความสะอาดฟัน						✓						

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	✓ 12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
· การตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)												
- ครั้งที่ 1 ประเมินอายุครรภ์เพื่อกำหนดวันคลอดและคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์		✓										
- ครั้งที่ 2 ประเมินการเจริญเติบโตและความผิดปกติของทารกในครรภ์				✓								
- ครั้งที่ 3 Optional									✓			
· การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ - NST - ตรวจ Ultrasound ดูน้ำคร่ำ												✓
<b>การฉีดวัคซีน</b>												
· วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) (จำนวนครั้งที่ให้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต)							✓					
· วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ (≥ 4 เดือน)									✓			
· วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (> 12 สัปดาห์)									✓			
· การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน และแคลเซียม กินทุกวัน ตลอดอายุการตั้งครรภ์							✓					

กิจกรรม/การตรวจ	First trimester		Second trimester				Third trimester					
	✓ 12 wks		20 wks		26 wks		30 wks		34 wks	36 wks	38 wks	40 wks
	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.สต. /PCU	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.	รพ.
โรงเรียนพ่อแม่**												
· การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์	✓											
· การใช้ยา												
· โภชนาการ	✓											
· พัฒนาการทารก	✓											
· กิจกรรมทางกายและการนอน	✓											
· การเตรียมตัวก่อนคลอด และระหว่างคลอด							✓					
· การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่							✓					

หมายเหตุ \* กรณีหน่วยบริการไม่สามารถตรวจ TPHA ได้ ให้ใช้วิธี VDRL/RPR

\*\* การให้ความรู้หรือคำแนะนำผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมกับการฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

(สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)

การให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ กรณีตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดและทำความสะอาดฟัน เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นการให้บริการในหน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยต้องมีคำสั่งกำหนดให้ทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแลการให้บริการของทันตภิบาล

การบริการฝากครรภ์ในกรณีครรภ์เสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าบริการพื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิรายนั้น