สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การขอรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในระดับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569

ชี้แจงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ผ่านระบบ Zoom online

บริการผู้ป่วยใน



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยใน

- บริการฉุกเฉินภาครัฐ
- บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)

กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามตามที่กระทรวงกำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ	- หน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาตรฐานบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด



กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ(ต่อ)

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป >> ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adj.RW >> ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 2. จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตราจ่าย จำนวน 728 รายการ (ตามแนบท้ายประกาศ) 3. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จ่ายเพิ่มเติมรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ตามประกาศการจ่ายฯ กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568	1. ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป >> ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adj.RW >> ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 2. จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ 15 สิงหาคม ของปีงบประมาณก่อนหน้า ในอัตรา 120,000 บาทต่อคนต่อปี 3. ค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย จำนวน 728 รายการ (ตามแนบท้ายประกาศ) จ่ายตามผลงานบริการ โดยจ่ายตามระบบ Point system within Global budget และจัดสรรเป็นรายไตรมาส 4. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด จ่ายเพิ่มเติมรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) ตามประกาศการจ่ายฯ กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568
โปรแกรม	e-Claim	

หน่วยบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ (UCEP ภาครัฐ) เขต 7

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอนแก่น		ร้อยเอ็ด		กาฬสินธุ์		มหาสารคาม	
รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ
10670	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	10708	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด	10709	โรงพยาบาลทั่วไปกาฬสินธุ์	10707	โรงพยาบาลทั่วไปมหาสารคาม
10995	โรงพยาบาลชุมชนบ้านฝาง	11061	โรงพยาบาลชุมชนเกษตรวิสัย	11077	โรงพยาบาลชุมชนนามน	11051	โรงพยาบาลชุมชนแกดำ
10996	โรงพยาบาลชุมชนพระยืน	11062	โรงพยาบาลชุมชนปทุมรัตต์	11078	โรงพยาบาลชุมชนกมลาไสย	11052	โรงพยาบาลชุมชนโกสุมพิสัย
10997	โรงพยาบาลชุมชนหนองเรือ	11063	โรงพยาบาลชุมชนจตุรพักตรพิมาน	11079	โรงพยาบาลชุมชนร่องคำ	11053	โรงพยาบาลชุมชนกันทรวิชัย
10998	โรงพยาบาลทั่วไปชุมแพ	11064	โรงพยาบาลชุมชนธวัชบุรี	11080	โรงพยาบาลชุมชนเขาวง	11054	โรงพยาบาลชุมชนเชียงยืน
10999	โรงพยาบาลชุมชนสีชมพู	11065	โรงพยาบาลชุมชนพนมไพร	11081	โรงพยาบาลชุมชนยางตลาด	11055	โรงพยาบาลชุมชนบรบือ
11000	โรงพยาบาลชุมชนน้ำพอง	11066	โรงพยาบาลชุมชนโพนทอง	11082	โรงพยาบาลชุมชนห้วยเม็ก	11056	โรงพยาบาลชุมชนนาเชือก
11001	โรงพยาบาลชุมชนอุบลรัตน์	11067	โรงพยาบาลชุมชนโพธิ์ชัย	11083	โรงพยาบาลชุมชนสหัสขันธ์	11057	โรงพยาบาลชุมชน พยัคฆภูมิพิสัย
11002	โรงพยาบาลชุมชนบ้านไผ่	11068	โรงพยาบาลชุมชนหนองพอก	11084	โรงพยาบาลชุมชนคำม่วง	11058	โรงพยาบาลวาปีปทุม
11003	โรงพยาบาลชุมชนเปือยน้อย	11069	โรงพยาบาลชุมชนเสลภูมิ	11085	โรงพยาบาลชุมชนท่าคันโท	11059	โรงพยาบาลชุมชนนาดูน
11004	โรงพยาบาลชุมชนพล	11070	โรงพยาบาลชุมชนสุวรรณภูมิ	11086	โรงพยาบาลชุมชนหนองกุงศรี	11060	โรงพยาบาลยางสีสุราช
11005	โรงพยาบาลชุมชนแวงใหญ่	11071	โรงพยาบาลชุมชนเมืองสรวง	11087	โรงพยาบาลชุมชนสมเด็จ	22953	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
11006	โรงพยาบาลชุมชนแวงน้อย	11072	โรงพยาบาลชุมชนโพนทราย	11088	โรงพยาบาลชุมชนห้วยผึ้ง	24704	โรงพยาบาลกุดรัง
11007	โรงพยาบาลชุมชนหนองสองห้อง	11073	โรงพยาบาลชุมชนอาจสามารถ	11449	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์	28843	โรงพยาบาลชื่นชม
11008	โรงพยาบาลชุมชนภูเวียง	11074	โรงพยาบาลชุมชนเมยวดี	28017	โรงพยาบาลนาคู	รวม 14 หน่วย	
11009	โรงพยาบาลชุมชนมัญจาคีรี	11075	โรงพยาบาลชุมชนศรีสมเด็จ	28789	โรงพยาบาลชุมชนฆ้องชัย		
11010	โรงพยาบาลชุมชนชนบท	11076	โรงพยาบาลชุมชนจังหาร	28790	โรงพยาบาลดอนจาน		
11011	โรงพยาบาลชุมชนเขาสวนกวาง	27988	โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง	28791	โรงพยาบาลสามชัย		
11012	โรงพยาบาลชุมชนภูผาม่าน	27989	โรงพยาบาลเชียงขวัญ	รวม 18 หน่วย			
11445	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	27990	โรงพยาบาลหนองฮี				
12275	โรงพยาบาลทั่วไปสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	รวม 20 หน่วย					
13777	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น						
14132	โรงพยาบาลชุมชนชำสูง						
77651	โรงพยาบาลชุมชนโคกโพธิ์ไชย						
77652	โรงพยาบาลชุมชนโนนศิลา						
รวม 25 หน่วย							

โปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล:https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)

บริการปี 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี - หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษานิ่วด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***
โปรแกรม	e-Claim

บริการกรณีเฉพาะ

1. ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke Fast Track)

2. บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)

3. บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

4. บริการสารเมทาโดน (Methadone) สาหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่าย (ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา ในอัตราตามจริงไม่เกิน (ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละ 49,000 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim	

การขึ้นทะเบียนศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการ : พื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่นยาละลายลิ่มเลือดสมอง(STROKE)

จำนวนทั้งหมด 26 หน่วยบริการ

จังหวัดที่ตั้ง	ชื่อสถานบริการ
กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลทั่วไปกาฬสินธุ์
	โรงพยาบาลชุมชนยางตลาด
	โรงพยาบาลชุมชนสมเด็จ
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
ขอนแก่น	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
	โรงพยาบาลทั่วไปชุมแพ
	โรงพยาบาลชุมชนน้ำพอง
	โรงพยาบาลชุมชนบ้านไผ่
	โรงพยาบาลชุมชนพล
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน
	โรงพยาบาลขอนแก่นรามโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
	โรงพยาบาลทั่วไปสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาสารคาม	โรงพยาบาลทั่วไปมหาสารคาม
	โรงพยาบาลชุมชนโกสุมพิสัย
	โรงพยาบาลชุมชนบรบือ
	โรงพยาบาลชุมชนพยัคฆภูมิพิสัย
	โรงพยาบาลวาปีปทุม
	โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ร้อยเอ็ด	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด
	โรงพยาบาลชุมชนเกษตรวิสัย
	โรงพยาบาลชุมชนพนมไพร
	โรงพยาบาลชุมชนโพนทอง
	โรงพยาบาลชุมชนเสลภูมิ
	โรงพยาบาลชุมชนสุวรรณภูมิ
	โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช
รวม	26

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน	**คงเดิม** ประกาศ ER คุณภาพ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)	
โปรแกรม	e-Claim	

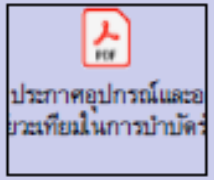
การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ H58 : บริการนอกเวลาโดยห้องบริการแยกจากห้อง ER เขต 7

ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	จังหวัดที่ตั้ง
1	10670	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	ขอนแก่น
2	10707	โรงพยาบาลทั่วไปมหาสารคาม	มหาสารคาม
3	10708	โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด
4	10709	โรงพยาบาลทั่วไปกาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์
5	10998	โรงพยาบาลทั่วไปชุมแพ	ขอนแก่น
6	12275	โรงพยาบาลทั่วไปสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	ขอนแก่น

ที่มา:https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการปี 2568 และ 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข 	1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

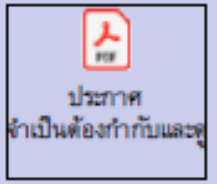
การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม - ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม	คงเดิม - อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ เรื่องอายุผู้รับบริการ ประกาศประสาทหูเทียม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข	
อัตราจ่าย	1. ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 3. ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ 3.1 ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง 3.2 ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim	

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เดิม_ปี 2568		ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ ในผู้ป่วยนอกต้องมีการพิสูจน์ตัวตน	คงเดิม 
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	
อัตราจ่าย	ครั้งละ 35 บาท/วัน (เบิกได้ไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ)	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีโรคเฉพาะ

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ
(การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับ)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

ประกอบด้วย 3 บริการ ดังนี้

1. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (HT)
2. การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ (ปลูกถ่ายตับในเด็ก)
3. การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย (ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่)

❑ ตามประกาศสานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

หน้า ๒๔
เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๑๓๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๖



Download

ประกาศ ปี2566

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายตับโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ปลูกถ่ายตับในเด็ก : H2003 : ปลูกถ่ายตับในเด็ก /H2005 : จ่ายยากดภูมิ ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ H2007 : การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย /H2005 : จ่ายยากดภูมิ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
ผู้มีสิทธิ	1. การจัดสรรอวัยวะ คุณสมบัติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ 2. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 3. ได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมDisease Management Information System (DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 2. การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย อายุมากกว่า 18 ปี ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ ประกาศ ถ่ายตับผู้ใหญ่_19พ ประกาศ หัวใจ-ตับเด็ก 5

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ1)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<u>ปลูกถ่ายตับในเด็ก(Pediatric Liver Transplantation)</u> 1. อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด 2. มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ 3. เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด 4. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ <u>ปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ (Liver transplantation for moderate to severe liver cirrhosis patients)</u> 1. เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 2. ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3. ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี 4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น 5. ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ) 6. ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ2)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ3)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	3. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.2 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000	
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I	410,000	
Protocol-OLT-II	420,000	
Protocol-OLT-III	555,000	
Protocol-OLT-IV	565,000	
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000	
Protocol Antibody mediated rejection	ไม่มี	

เหมาจ่ายในอัตรา 600,000 บาท

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก / ผู้ใหญ่ (ต่อ4)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	4. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

1.2 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวหลังการผ่าตัด หลังจาก discharge

แผนการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) (ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด)	10,000 (ต่อครั้ง)	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

หมายเหตุ กรณี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection เบิกในระบบเบิกจ่ายปกติใน e-claim

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก/ผู้ใหญ่(ต่อ5)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	5. ค่าใช้จ่ายกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป 6. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

เงื่อนไขการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาทต่อเดือน)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	15,000

เงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายตับในเด็ก/ผู้ใหญ่ (ต่อ6)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโปรแกรม DMIS (ลงทะเบียนผู้ป่วย / ค่าผ่าตัด / ค่ายากดภูมิ) • ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) • ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

บริการโรคเฉพาะ 7 รายการ



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการบริการโรคเฉพาะ ปีงบประมาณ 2569



บริการกรณีเฉพาะ 7 รายการ

บริการกรณีเฉพาะ 7 รายการ

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Cleft Palate)
2. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease)
3. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation, HSCT)
4. การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
5. การบริหารกองทุนวัณโรค (Tuberculosis :TB)
6. การเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)
7. การบริหารงบกองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV /AIDS)

บริการการดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia &Von Willebrand



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
พ.ศ. ๒๕๖๘

บริการตามประกาศนี้

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

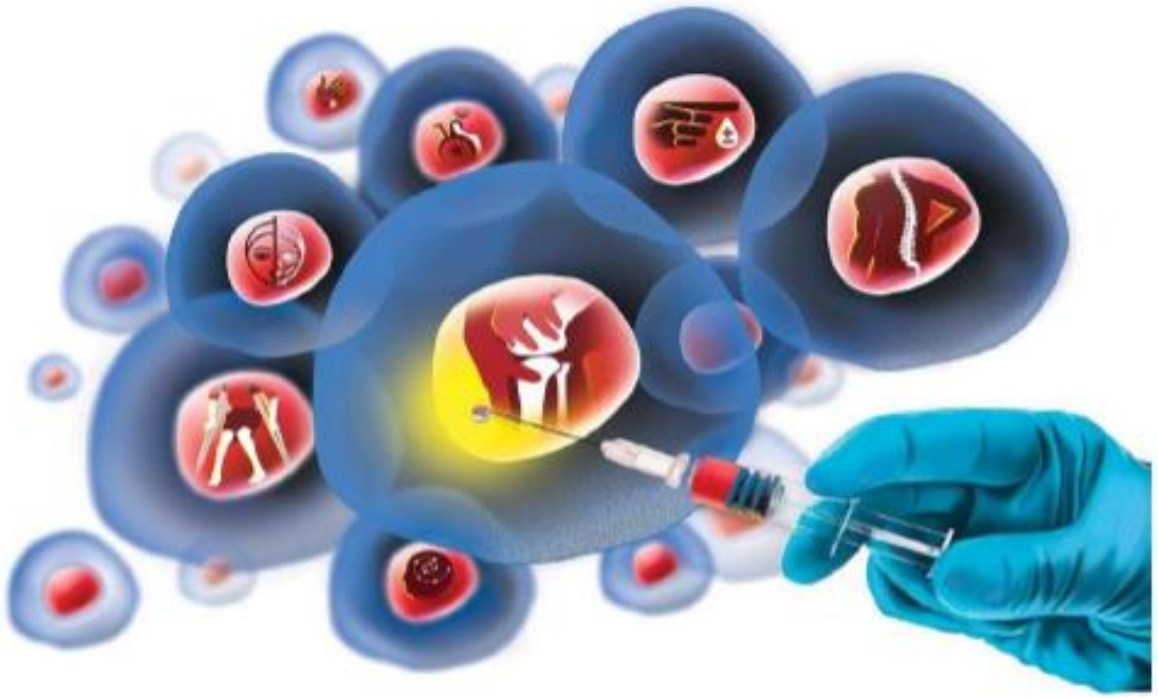
รายละเอียดบริการผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) อยู่ในประกาศ สปสช.
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
พ.ศ. ๒๕๖๘ หน้า 4-5



การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia &Von Willebrand

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง ฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่าย วอนวิลลิแบรนด์ (Hemophilia ,Von Willebrand Disease	**หลักเกณฑ์ เงื่อนไข**	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก (** Von Willibrand เฉพาะ Type3**) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม DMIS	คงเดิม
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC	คงเดิม
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
	อัตราจ่าย	1.กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) - แฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท - แฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency -OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit -IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit	คงเดิม
	โปรแกรม	DMIS	คงเดิม
	การจ่ายชดเชย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป	คงเดิม

บริการการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๘

บริการตามประกาศนี้
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
รายละเอียดบริการ HSCT อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข 3.4 แนบท้ายประกาศ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน้า 22


ประกาศ HSCT

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ HSCT ผ่านโปรแกรม E-claim	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด - R0204 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต - R020401 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Autologous - R020402 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:ผู้ใหญ่:Autologous - R020403 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:เด็ก:Allogeneic - R020404 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต:ผู้ใหญ่:Allogeneic	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่าย (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant) - งวดที่ 1 จ่ายหลังส่งข้อมูล conditioning (D0) - งวดที่ 2 จ่ายหลังจากส่งข้อมูล follow up หลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 30 วัน (กรณียังมีชีวิต) การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย ผ่านโปรแกรม E-claim ทุกวันสิ้นเดือน	คงเดิม

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย (ต่อ)		คงเดิม
ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค	รายการสำหรับผู้ใหญ่ / รายการสำหรับเด็ก	คงเดิม

ชนิดการรักษา	อัตราจ่าย	งวดที่ 1	งวดที่ 2
Autologous (MM)	500,000	400,000	100,000
Autologous (โรคอื่น)	750,000	600,000	150,000
Allogenic MRD	1,500,000	1,200,000	300,000
Allogenic MUD	1,500,000	1,200,000	300,000

รายการสำหรับผู้ใหญ่

Acute Lymphoblastic Leukemia(ALL)
Acute myelogenous leukemia(AML)
Multiple myeloma(MM)
Hodgkin's lymphoma(HL)
Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL)
aplastic anemia(AA)
myeloproliferative neoplasm(MPN)
Chronic myeloid leukemia (CML)
Myelodysplastic syndrome (MDS)
Relapse HL
refractory
B-cell aggressive lymphoma
T-cell lymphoma
Mantle cell lymphoma
Relapse NHL
refractory
Severe aplastic anemia
paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH)
Myelofibrosis (MF)
chronic phase
accelerated phase
blast crisis
Myelodysplastic syndrome (MDS) ระดับที่มีบลาสต์มาก
Chronic myelomonocytic leukemia (CMML)

รายการสำหรับเด็ก

Acute myelogenous leukemia(AML)
Acute Lymphoblastic Leukemia(ALL)
Non-Hodgkin's Lymphoma(NHL)
Hodgkin's lymphoma(HL)
Chronic myeloid leukemia (CML)
Myelodysplastic syndrome(MDS)
Aplastic anemia(AA)
Non malignant diseases
Thalassemia
First complete remission
Second complete remission
Stage 3 ที่ระ 4 NHL Burkitt lymphoma
Stage 3 ที่ระ 4 DLBCL
Stage 3 ที่ระ 4 T cell ALCL (ALK-)
Advanced stage PTCL (NOS)

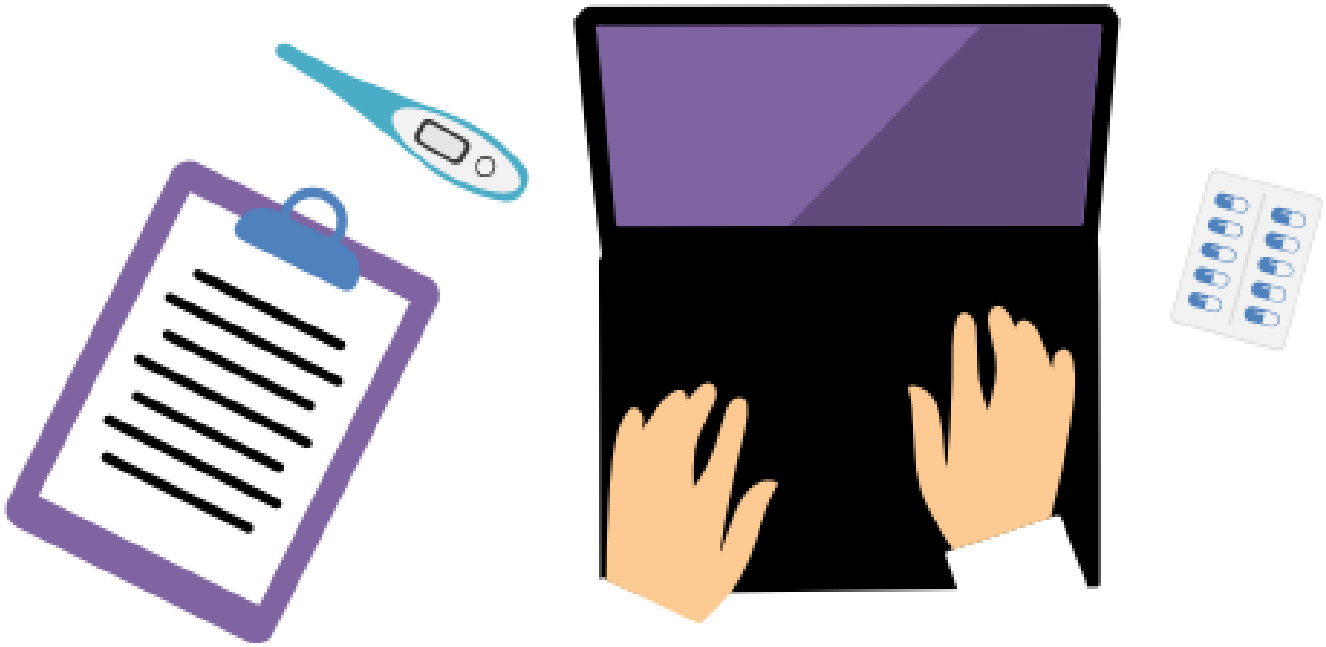
Relapsed or Refractory or familial histiocytosis
Relapse NHL
bulky disease
stage 4
Relapse HL
Severe aplastic anemia
Lysosomal storage diseases
X-linked adrenoleukodystrophy
Osteopetrosis
Severe combined immunodeficiency (SCID)
Hyper IgM syndrome
Wiskott-Aldrich syndrome
Chronic granulomatous disease
Gaucher disease
Mucopolysaccharidosis
Niemann-Pick disease
Krabbe's leukodystrophy
Thalassemia
Inborn error of metabolism (other)
Primary Immune Deficiency (other)

35

หน่วยบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบ UC

1. รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. รพ.ศิริราช
3. รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รพ. พระมงกุฎเกล้า
5. รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. รพ.มหาวิยาลัยนเรศวร
8. รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รพ.หาดใหญ่
10. รพ.ขอนแก่น
11. รพ.สรรพสิทธิประสงค์
12. รพ.ชลบุรี
13. รพ.จุฬาภรณ์

บริการการดูแลผู้ป่วย โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๗

บริการตามประกาศนี้

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้าย และรายการบริการให้เลือดแนบประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ,การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ


Adobe Acrobat Document


67_ประกาศการจ่าย การบริหารเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT) ได้แก่ โรค Alpha thalassemia (รหัส ICD10 D56.0), Beta thalassemia/Hb E (รหัส ICD10 D 56.1 ร่วมกับ D 58.2) Homozygous Beta thalassemia (รหัส ICD10 D56.1)	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
อัตราจ่าย	จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง - การตรวจ Serum ferritin - ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) - ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiporne (L1, DFP) เพิ่ม การให้เลือดทุกชนิด	คงเดิม

บริการการบริหารกองทุนวัณโรค



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

สปสช.

เอกสารหมายเลข ๒.๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๘๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs	
(๑) TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๗๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

Adobe Acrobat Document

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2569

1. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (PP FS)

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่าย
การค้นหาแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7. บุคลากรสาธารณสุข	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless) *ประชาชนไทยทุกสิทธิ

2. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - วัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) ตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายตามผลงาน - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) ตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) ตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายตามผลงาน
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	จ่ายตามผลงาน

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปล
1. บริการยารักษาวัณโรค ประกาศหน้าที่ 37 และ เอกสารแนบท้ายหมายเลข 2	1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 3.1 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตราการจ่ายชดเชย 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ที่ลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub) 5.2 ชดเชยเป็นยา ตามการให้บริการจริง 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
2. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TST) ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1	1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 3.1 40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี) 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 อายุ ≤ 18 ปี 5.2 ยังไม่เป็นวัณโรค 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา ประกาศเอกสารแนบท้าย หมายเลข 2.1	• ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ) 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 3.1 20 บาท/ตัวอย่าง (3 ตัวอย่าง/ชุด) 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ไม่เกิน 3 ชุด/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 25 ชุด/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
	• ค่าตรวจ CXR 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 100 บาท/ครั้ง	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานการติดตามการรักษา (ต่อ) ประกาศเอกสารแนบท้ายหมายเลข 2.1	• ค่าตรวจ CXR 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 ผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ไม่เกิน 2 ครั้ง/การรักษา 5.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา/ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ไม่เกิน 6 ครั้ง/การรักษา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า	คงเดิม
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 3.1 การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture - เทคนิค Solid Media 200 บาท/ตัวอย่าง - เทคนิค Liquid Media 300 บาท/ตัวอย่าง 3.2 การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs - TB-LAMP 200 บาท/ครั้ง	คงเดิม

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (ต่อ)



หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา (ต่อ)	- Real-time PCR (X-pert MTB/RIF) 500 บาท/ครั้ง - Real-time PCR (Anyplex) 600 บาท/ครั้ง - Line Probe Assay (LPA) 600 บาท/ครั้ง 3.3 การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs - Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) 700 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข 5.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย 6.1 ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วยโปรแกรม TB Data Hub 6.3 ไม่ปรับลดอัตราล่าช้า 6.2 ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ผ่าน Seamless for DMIS ทุกสิ้นเดือน	คงเดิม
5. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม	• บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการรักษาและติดตาม 1. สิทธิ UC 2. หน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้ 3. อัตราจ่าย 20 บาท/ครั้ง 4. ตรวจรหัสการเบิกจ่ายกับรหัสโรค - 5. หลักเกณฑ์การจ่าย/เงื่อนไข - ชดเชยตามการให้บริการจริง 6. การประมวลผลจ่ายเงินชดเชย - ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลด้วย โปรแกรม TB Data Hub - ประมวลผลจ่ายทุกเดือน	คงเดิม

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

อ้างอิงตาม ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566



รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม E-claim

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เดิม_ปี 2568				ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2569
รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข	
การตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500 /รายการ		คงเดิม
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 300,000 • 50,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน	คงเดิม
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 200,000 • 33,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังจากเปิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน	คงเดิม

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เดิม_ปี 2568				ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2569
รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข	
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ		คงเดิม

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

1. รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. รพ.ศิริราช
3. รพ.รามาธิบดี
4. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
6. รพ.พระมงกุฎเกล้า
7. รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พ.ศ. ๒๕๖๘

บริการตามประกาศนี้

กรณีบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2568

กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส



กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน → สนับสนุนเป็นยา จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ หรือสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่าย
2. การตรวจซันสูตรทางห้องปฏิบัติการ → จ่ายตามผลงานการให้บริการ
3. บริการตรวจคัดกรองและยืนยันไวรัสตับอักเสบซี → ย้ายไปอยู่ในงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ → เหมาจ่ายค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช.กำหนด
2. บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วย → จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สปสช.กำหนดบริการ
3. ค่าบริการ PrEP
4. ค่าบริการ PEP

   → ชดเชยเป็นยา และจ่ายค่าตรวจห้องปฏิบัติการ ตามจำนวนผลงาน
5. ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น → สนับสนุนเป็นถุงยาง จากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
6. การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV (รวมการตรวจด้วย HIV-Self test) → จ่ายตามผลงานการให้บริการ
7. โครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี → จ่ายตามนิติกรรมสัญญา

1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

สปสช.

เงื่อนไขผู้มีสิทธิขอรับบริการ
❖ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง ❖ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NAP)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ *จ่ายเป็นยา
1. การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี สูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา
2. การดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ❖ FENOFIBRATE CAPSULES 100 mg ❖ SIMVASTATIN TABLETS 10 mg ❖ ATORVASTATIN TABLET 40 MG ❖ GEMFIBROZIL 600 MG

1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

เดิม_ปี 2568					ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิก	
1. บริการตรวจ Lab พื้นฐาน ดังนี้ CBC , FBS , Cr , Chol , TG , SGPT/ALT	สำหรับผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนใน NAP เพื่อติดตามการรักษา	25 บาท/ รายการ/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
2. บริการตรวจ CD4	เพื่อติดตามการรักษา	400 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
3. บริการตรวจ Viral Load	เพื่อติดตามการรักษา เพื่อประเมินความเสี่ยงทารก	1,350 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี ตรวจเพิ่มได้ในกรณี ➢ เปลี่ยนสูตรยาเนื่องผลข้างเคียงของยา ➢ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ➢ ตรวจ VL ก่อนเริ่มยา ABC หรือ DTG+3TC	NAP	คงเดิม
4. บริการตรวจ HIV Drug Resistance (In-House)	-ตรวจหาเชื้อดื้อยา กรณี VL ≥ 1,000 copies/ml	5,500 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
5. บริการตรวจ HIV Drug Resistance (Commercial)	-หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน	6,000 บาท/ครั้ง			

1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

เดิม_ปี 2568					ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิก	
6. ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง	กรณีการตรวจ CD4 กรณีการตรวจ HIV Viral Load	20 บาท/ครั้ง	-	NAP	คงเดิม
	กรณีการตรวจ Drug Resistance	100 บาท/ครั้ง			
7. ถุงยางอนามัย	สำหรับผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนใน NAP เพื่อติดตามการรักษา	จ่ายตามผลงานการบริการ	-	NAP	คงเดิม
8. ค่าบริการดูแลรักษาและให้ปรึกษา (F/U)	เพื่อติดตามการรักษา	20 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม
9. บริการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก (PCR)	เพื่อติดตามการรักษา เพื่อประเมินความเสี่ยงทารก	1,000 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	NAP	คงเดิม

1 บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

สปสช.

บริการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบซี

ลำดับ	รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิ	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
1	การตรวจคัดกรอง Anti HCV	•Rapid Test •เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	50 บาท / ครั้ง	• ปชช ที่เกิดก่อน2535 1 ครั้งตลอดชีวิต • กลุ่มเสี่ยง 1 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ • ผู้ต้องขัง 3 ครั้งต่อปีงบประมาณ	1.NAP (เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)/ 2.KTB (ตั้งแต่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป)
2	การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ทุกรายที่มีผล Anti HCV Positive ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP(5 กลุ่มเสี่ยงเบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)
3	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	•APRI score •FIB-4 score •การตรวจ transient elastrography •fibro marker panel	UC	200 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP (เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)
4	ยาเพื่อการรักษา	•Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์	โปรแกรมระบบบัญชียา จ (2)
5	การตรวจประเมินผลการรักษา	•HCV core antigen •HCV RNA (quantitative or quantitative)	UC	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ปี ละครั้ง	e-Claim/ NAP(เบิกได้ถึง 31 พ.ค.68)

หมายเหตุ ★ ย้ายโปรแกรม

ขอบคุณค่ะ



“การทำความดี เป็นสุขเสมอ”

หมอหงวน

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์