สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการบริการกรณีเฉพาะ ปีงบประมาณ 2567

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

ในการประชุมชี้แจงกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน การผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

อสม./ผู้นำหมู่บ้าน/หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ/กาชาดจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(เด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งฯ)

แจ้งหน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

ลงทะเบียนใน

โปรแกรม DMIS

หน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ

(ยสส.1)ระบบ ON LINE (www.nhso.go.th)

ติดต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯในพื้นที่ใกล้เคียง

ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่/การแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน

หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายจากสปสช.

ขั้นตอนการแสดงความจำนงค์
การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการ

แสดงความจำนง

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช.

พิจารณาเอกสารการสมัคร

จัดทำฐานทะเบียนหน่วยบริการ Cleft
และออก username password

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

[ ] หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่

[ ] หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน

[ ] หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

อัตราการจ่ายชดเชย

หน่วยบริการที่รับค่าใช้จ่าย : หน่วยบริการในระบบ UC ที่ขอเพิ่มศักยภาพ ผ่าตัด/จัดฟัน/ฝึกพูด

สปสช.จ่ายค่าบริการ

ผ่าตัดแก้ไข	→	ระบบ DRG
ใส่เพดานเทียม	→	800 บาท/ชิ้น อุปกรณ์เพิ่มเติมอื่นตามประกาศฯ
ทันตกรรมจัดฟัน	→	เหมาจ่าย 48,000 บาท/ราย
แก้ไขการพูด	→	3,850 บาท/ราย/ปี
Maxillary distractor	→	200,000 บาท/ชุด/ราย

สภากาชาดจ่ายสนับสนุนค่าพาหนะ ผู้ป่วยและญาติ

ผ่าตัด	→	1,000 บาท/ครั้ง ใช้ ยสส.1 และยสส.2
ทันตกรรมจัดฟัน/ แก้ไขการพูด	→	500 บาท/ครั้ง (ตามแพทย์นัดไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน) ใช้ ยสส.4 และยสส.5

การใส่อุปกรณ์เพดานเทียม และอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
เพดานเทียม (Obturator) รหัส 2704	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	800 บาท/ชิ้น	จ่ายตามผลงานให้บริการ ในโปรแกรม e-Claim
Obturator+Screw รหัส 2704A	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก - เพื่อช่วยในการดูดนม	1,500 บาท/ชุด	
Obturator+Naso-Alveolar Molding (NAM) รหัส 2704B	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและจัดสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ maintain จมูก	1,800 บาท/ชุด	

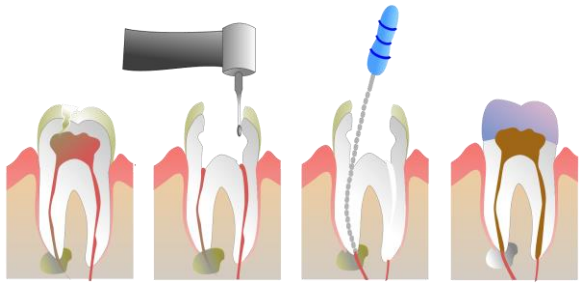
การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

	รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
Obturator + Screw + NAM รหัส 2704C	-สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก	2,500 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานให้บริการในโปรแกรม e-Claim
NAM ประดิษฐ์ เพิ่มเติม รหัส 2704D	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก	700 บาท/ชิ้น	
Maxillary distractor		200,000 บาท/ชุด (ราคากลาง)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในรูปแบบเอกสาร โดยมีการขออนุมัติก่อนการให้บริการ

ทันตกรรมจัดฟัน

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย



รายละเอียด	อัตราจ่าย	การจ่าย
- รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ (DEN030) - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น (DEN034)	48,000 บาท/ราย	จ่ายตามผลงานการให้บริการ ใน โปรแกรม DMIS ยสส.4

หน่วยให้บริการในเขต

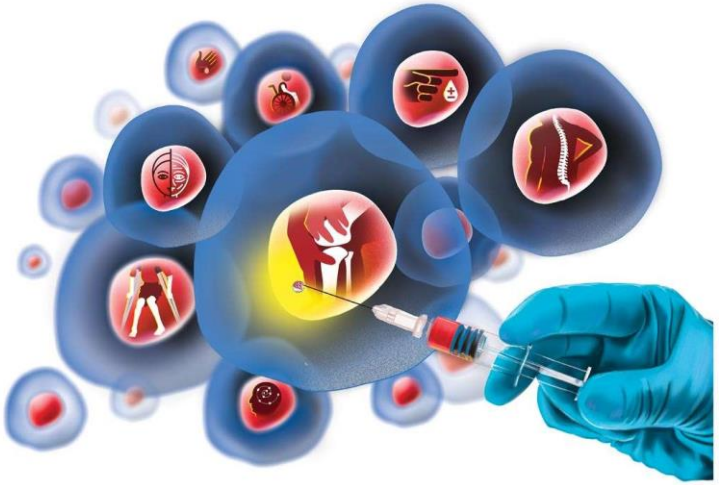
หน่วยให้บริการปากแหว่ง เพดานโหว่ Cleft(ผ่าตัด) : รพ.ขอนแก่น รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ร้อยเอ็ด รพ.กาฬสินธุ์

หน่วยให้บริการปากแหว่ง เพดานโหว่ (ฝึกพูด) : รพ.ขอนแก่น รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ร้อยเอ็ด

หน่วยให้บริการปากแหว่ง เพดานโหว่ (จัดฟัน) : รพ.ขอนแก่น รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ร้อยเอ็ด

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต กลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT (http://eclaim.nhso.go.th)

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต : HSCT

กรณี	อัตราจ่ายชดเชย 2 งวด
1. Autologous 1.1 Autologous :โรค Multiple myeloma (MM)	500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (400,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (100,000 บาท)
1.2 Autologous : โรคอื่น ๆ	750,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (600,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (150,000 บาท)
2. Allogeneic related และ Allogeneic unrelated	1,500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (1,200,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (300,000 บาท)

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning และจ่ายชดเชยงวดที่ 2 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย และนัด follow up ภายใน 30 วัน (เฉพาะกรณีผู้ป่วยยังมีชีวิต)

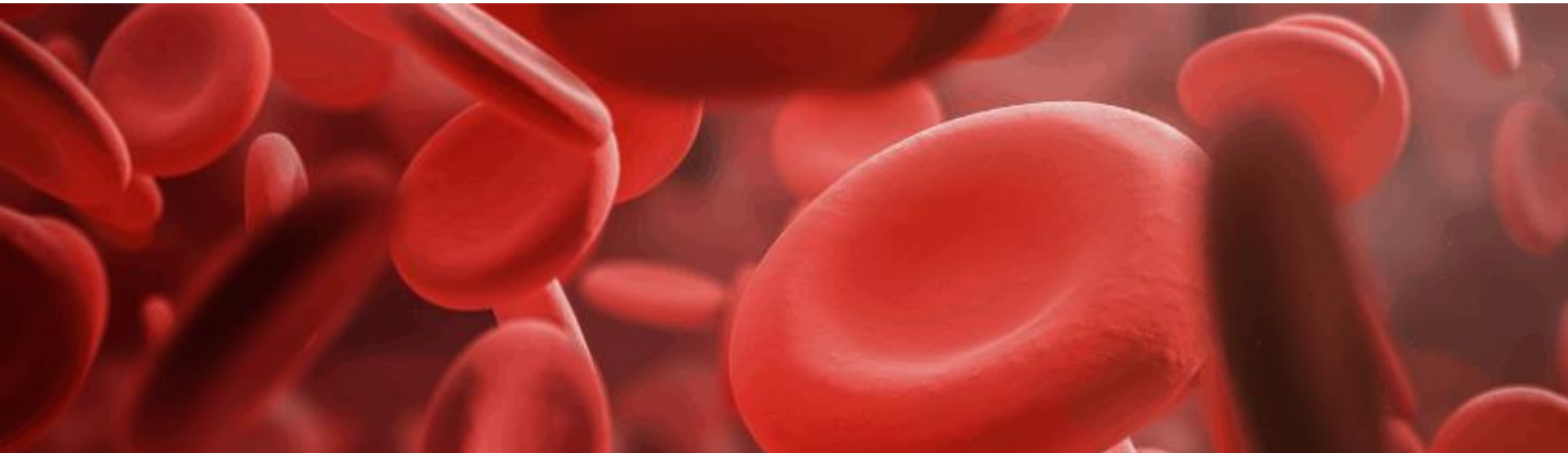
หน่วยให้บริการในเขต

หน่วยให้บริการ HSCT เด็ก : รพ.ศรีนครินทร์

หน่วยให้บริการ HSCT ผู้ใหญ่ : รพ.ศรีนครินทร์ และรพ.ขอนแก่น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

พ.ศ. ๒๕๖๖

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

(รายละเอียดบริการผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)ฯ อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

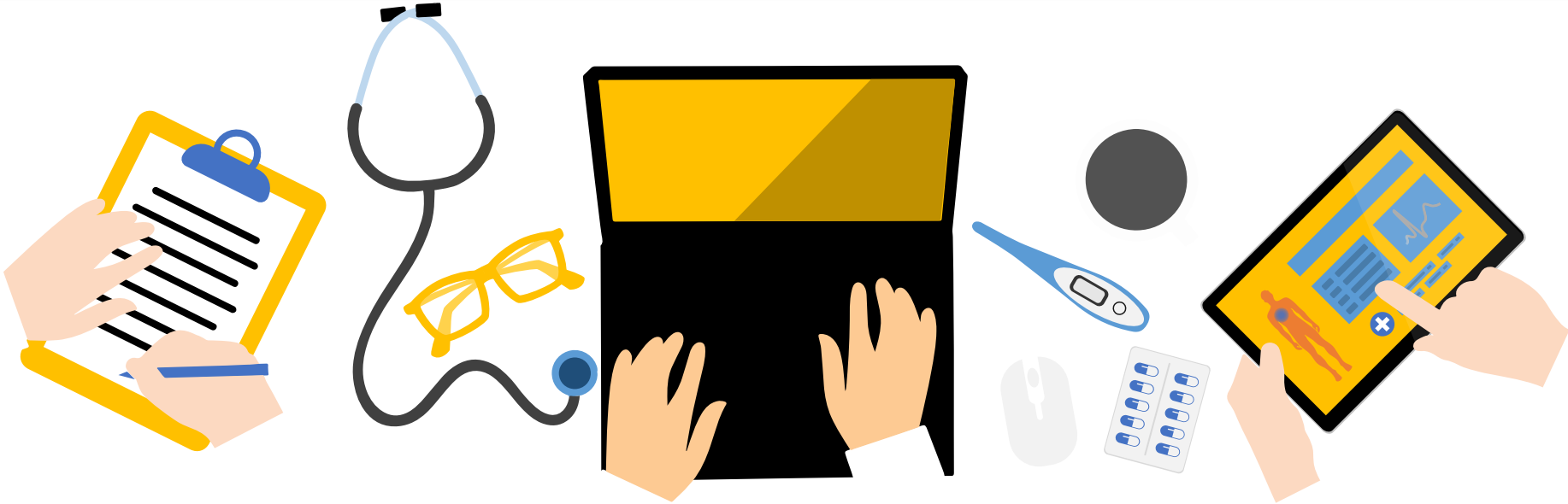
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรม DMIS
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 1. กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป
5. อัตราการจ่าย	จ่ายชดเชยค่ายาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาโรคฮีโมฟีเลีย 1. กรณี Follow up • ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท • ค่าแฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency • OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit • IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit

หน่วยให้บริการในเขต

หน่วยให้บริการ : รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ขอนแก่น และ รพ.ร้อยเอ็ด

บริการกรณีเฉพาะ
การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค
การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

พ.ศ. ๒๕๖๖

Adobe Acrobat Document

บริการตามประกาศนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
2. การบริหารกองทุนวัณโรค
3. การบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายละเอียดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส ICD 10 : D 56.0 Alpha thalassemia, D 56.1 Beta thalassemia/Hb E,Homozygous Beta thalassemia โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มอายุ 6 เดือน – 6 ปี (2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	ระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

1. จ่ายชดเชยรายเดือน ค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ยา Deferaxirox อัตราเม็ดละ 30 บาทเบิกจ่ายได้ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

2 จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและยา ดังนี้

2.1 Hematocrit (HCT) ก่อนการให้เลือด

2.2 Serum ferritin

2.3 ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal)

2.4 ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1 และ DFP)

เสนอเพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มเติม การให้เลือดทุกชนิด (รอประกาศ ปี67)

หน่วยให้บริการในเขต

หน่วยให้บริการ : รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ขอนแก่น และ รพ.ร้อยเอ็ด

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเบิกจ่ายเงินชดเชย กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

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

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500	
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
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 200,000 • 33,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	**การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ**	

สายด่วน สปสช.

1330

บริการข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพ