



แนวทางการบริหารจัดการและเงื่อนไขการจ่าย
ตามรายการบริการ PP Fee schedule
ปีงบประมาณ 2567

- พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ไม่สามารถประกาศบังคับใช้ได้ทันในวันที่ 1 ตุลาคม 2566
- มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 11/2566 เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566 เห็นชอบให้สปลสช. ดำเนินการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ปีงบประมาณ 2567
- เนื่องจากการใช้งบประมาณไปพลางก่อน ไม่สามารถใช้จ่ายรายการสิทธิประโยชน์ใหม่/นโยบายรัฐบาล ปี 2567
- สปลสช. จะจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศ
 - 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2566 ลงวันที่ 20 มกราคม 2566

ความเป็นมา/ที่มา (ต่อ)

- 3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566
- 4) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลงวันที่ 10 มกราคม 2566
- 5) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566
- 6) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี ลงวันที่ 10 มกราคม 2566
- 7) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น 3 รายการ ดังนี้
 - 1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ
 - 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด
 - 3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
2. งบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2566

ค่าบริการ P&P
(322.56 บาท X ปชก.ทุกสิทธิ 66.286 ล้านคน*)

*เป้าหมาย Thai pop 66.286 ล้านคน
ณ 1 เมษายน 2565 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

Central Procurement
&NPP (26.75 บาท/คน)

PPA
(4 บาท/คน)

P&P basic service
(291.81 บาท/คน)

PP HIV AIDs

1.) Central Procurement

- วัคซีน EPI, วัคซีนไข้หวัดใหญ่, วัคซีน HPV, และ วัคซีน Rotavirus
 - ยุยุดิการตั้งครุรก
 - กุงยงอนมัย
- ## 2.) NPP
- สมุดบันทึกสุขภาพ
 - โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ
 - สายด่วนสุขภาพจิต
 - สายด่วนเลิกบุหรี่

- 1.) จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ ฯ
- 2.) ให้ สปสช.เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ การกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนดโดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

การจัดสรรงบประมาณ

- 1.) จำนวน 232.32 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมค้ดรองการไต้ยีนเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก อายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี) การตรวจ HBsAg ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผล HBeAg เป็นบวก บริการคัดกรองโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI และบริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยค่านวม ดังนี้
 - 65 % เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
 - 35 % เหมาจ่ายตาม Workload เดือน เมย.64-มีค.65 หรือที่เป็นปัจจุบัน
 - 2.) จำนวนที่เหลือ 59.49 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 22 รายการ (เน้นกลุ่มวัยทำงาน) โดยทุกรายการต้องมีระบบ Authentication และระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต
- ## การบริหารการจ่าย
- 1.) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. การพิจารณาจัดสรรแบบเหมาจ่ายในลักษณะ step ladder
 - 2.) กรณีเงินเหลือจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย 35 % และ FS กลุ่มหน่วยบริการนอกสธ. ให้ดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการงบประมาณเงินกองทุน
 - 3.) ทุกเขตพื้นที่ สามารถปรับอัตราการจัดสรรรายหัว หรือจ่ายตามผลงานบริการ หรือทั้งสองกรณีตามหลักเกณฑ์ ที่สปสช.กำหนด
 - 4.) เพิ่มกลไกการบริหารงบประมาณ และมาตรการกำกับ ติดตามให้สิทธิ Non UC เข้าถึงบริการมากขึ้น

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ
2. บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์ร้รวมกับหน่วยบริการ
3. บริการ PrEP
4. บริการ PEP
5. บริการถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น
6. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อ HIV (รวมการตรวจ HIV-Self Test)

รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

| รายการบริการ | อัตรา(บาท) |
|---|------------|
| 1. การทดสอบการตั้งครรภ์ | |
| ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ | 75 |
| 2. บริการฝากครรภ์ | |
| 2.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ | 360 |
| 2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) การตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ) | 600 |
| 2) การตรวจ VDRL และ HIV | 190 |
| 2.3 ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ | 400 |
| 2.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน | 500 |
| 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ | |
| 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ 1) Hb typing 2) กรณีผลการตรวจ Hemoglobin typing ไม่ชัดเจน ให้สามารถดำเนินการตรวจ 2.1) Alpha-thalassemia 1 (PCR) และ/หรือ 2.2) Beta-thalassemia (Mutation analysis) | 270 |
| 3.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1) ค่าทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2.1) DNA Based Analysis 2.2) Hemoglobin typing | 2,500 |
| 3.3 การยุติการตั้งครรภ์ | 3,000 |

| รายการบริการ | อัตรา(บาท) |
|---|----------------|
| 4.บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ | |
| 4.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) การเจาะเลือดปั่นซีรัม 2) การเจาะเลือดปั่นซีรัมและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ | 100 200 |
| 4.2 ค่าบริการตรวจ Quadruple test 1) การตรวจ Quadruple test 2) การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ | 1,200 1,300 |
| 4.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1) ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์ | 2,500 2,500 |
| 4.4 การยุติการตั้งครรภ์ | 3,000 |
| 5.บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ | |
| 5.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screening | 120 |
| 5.2 การคัดกรองซีฟิลิส 1) ค่าตรวจ VDRL 2) ค่าตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL พิดปกติ | 50 100 |
| 6.การตรวจหลังคลอด | |
| 6.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด | 150 |
| 6.2 ค่ายาเสริม โวโอดิน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) | 135 |



รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566
กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี (2 รายการ) และเด็กอายุ 3-12 ปี (1 รายการ)



| รายการบริการ | อัตรา(บาท) |
|---|------------|
| บริการ คัดกรอง ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ในเด็กแรกเกิด | |
| 7.บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) | |
| 7.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) | 135 |
| 7.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ | 350 |
| 8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด | |
| ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง | 500 |
| 9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ | |
| ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา | 600 |



รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

กลุ่มอายุ 15-59 ปี (13 รายการ)



| รายการบริการ | อัตรา(บาท) | รายการบริการ | อัตรา (บาท) | |
|---|------------|---|--|-------|
| 10.บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) | | 13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) | | |
| ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา | 600 | ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ | 60 | |
| 11. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | 14.บริการเคลื่อนฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง) | | |
| 11.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA | 250 | ค่าบริการบริการเคลื่อนฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ | 100 | |
| 11.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test | 50 | 15. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | | |
| 1) ค่าบริการเก็บตัวอย่าง | | ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) | | |
| 2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ | | 65 | | |
| 2.1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types | | 280 | | |
| 2.2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types | 370 | 16. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก | | |
| 3) บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology | 250 | ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และการให้คำแนะนำ ติดตาม | | |
| 11.3 บริการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา | 900 | 17. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ | | |
| 12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ | | 17.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน | | |
| 12.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ | 500 | 1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด | 40 | |
| 12.2 บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 | 10,000 | 2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด (Lynestrenol 0.5 mg) | 80 | |
| 1) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง | | 50 | 17.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน | 10 |
| 2) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 | 2,500 | 17.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา | 60 | |
| | | 17.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด | 800 | |
| | | 17.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย | 2,500 | |
| | | 17.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด | 18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย | |
| | | ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ | | 3,000 |



รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

กลุ่มอายุ 15-59 ปี (13 รายการ) (ต่อ)



| รายการบริการ | อัตรา(บาท) | รายการบริการ | อัตรา(บาท) |
|--|------------|--|------------|
| 19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง | | 20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต | |
| 19.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR) | 100 | 20.1 ชุดบริการตรวจและประเมินความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวง ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ | 100 |
| 19.2 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) | 500 | 20.2 ชุดบริการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ | 150 |
| 19.3 ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกรหัสใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ | | 20.3 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงตามข้อ 20.2 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุ ในประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข | 40 |
| 1) TB-LAMP หรือ | 200 | 20.4 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL | 160 |
| 2) Real-time PCR MTB/RIF หรือ | 500 | 21. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ | |
| 3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ | 600 | ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก(dT) | 20 |
| 4) Line Probe Assay (LPA) | 600 | 22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล | |
| 19.4 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) | | ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล | 20 |
| 1) ตรวจด้วยวิธี AFB | 20 | | |
| 2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture | | | |
| 1.1) เทคนิค Solid media | 200 | | |
| 1.2) เทคนิค Liquid media | 300 | | |
| 19.5 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี | | | |
| 1) Line probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ | 700 | | |
| 2) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) | 700 | | |



รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566 (รายการเพิ่ม)

| รายการบริการ | อัตรา(บาท) |
|---|------------|
| 23. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี | |
| 23.1 ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg ทั้งแบบ Rapid test และ เครื่องอัตโนมัติ (ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535) | 50 |
| 24. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี | |
| 24.1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Screening test) ทั้งแบบ Rapid test และ เครื่องอัตโนมัติ (ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 หรือ กลุ่มเสี่ยง) | 50 |
| 24.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้ | 400 |
| 1) HCV core antigen | 1,690 |
| 2) HCV RNA (qualitative method) | |
| 25. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | |
| 25.1 บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) | 100 |

1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง บริการไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ปี เหมาจ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

2. บริการฝากครรภ์

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. บริการฝากครรภ์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข จำนวน 8 ครั้ง กรณีการเบิกค่าบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม2. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง<ol style="list-style-type: none">2.1 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)2.2 ครั้งที่ 2 ตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด3. บริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายเหมา 1 ครั้ง/การตั้งครรภ์4. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวน 1 ครั้ง โดยมี 2 กิจกรรม<ol style="list-style-type: none">4.1 บริการตรวจสุขภาพช่องปาก4.2 บริการขัดทำความสะอาดฟัน (Oral prophylaxis) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้ |

2. บริการฝากครรภ์ (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">1. ค่าบริการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อครั้ง ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่าย2. ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 <u>ตรวจครบทุกรายการที่กำหนด</u> ได้แก่ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBsAg), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์3. ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ได้แก่ การตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์5. ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้ |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

2. บริการฝากครรภ์ (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <p>กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปประมวลกฎหมายอาญา ที่แก้ไขตาม "พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 " หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขเช่นหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย</p> <ol style="list-style-type: none">ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษา รวมถึงการประสานส่งต่อบริการจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้งบริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์ |

3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่ |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ<ul style="list-style-type: none">- Hb typing- Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemia2. การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND<ul style="list-style-type: none">- การตัดชิ้นเนื้อรก : Chorionic villus sampling หรือ- การเจาะน้ำคร่ำ : Amniocentesis หรือ- การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ : Cordocentesis3. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis<ol style="list-style-type: none">1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ2) ตรวจ Hb typing4. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ |

3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ<ul style="list-style-type: none">Hb typing จ่ายเหมาในอัตรา 270 บาท/การตั้งครรภ์/คนAlpha – thalassemia 1 จ่ายเหมาในอัตรา 800 บาท/การตั้งครรภ์/คน และ/หรือBeta thalassemia (mutation analysis) จ่ายเหมาในอัตรา 3,000 บาท/การตั้งครรภ์/คนตรวจยืนยันทารกในครรภ์ ด้วยการทำหัตถการวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ 1) การตัดชิ้นเนื้ออรก (Chorionic villus sampling) หรือ 2) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ 3) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) จ่ายเหมาในอัตรา 2,500 บาท/การตั้งครรภ์ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์<ul style="list-style-type: none">DNA Based Analysis จ่ายเหมาในอัตรา 3,000 บาท/การตั้งครรภ์Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาท/การตั้งครรภ์การยุติการตั้งครรภ์ เหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท/การตั้งครรภ์ |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB |

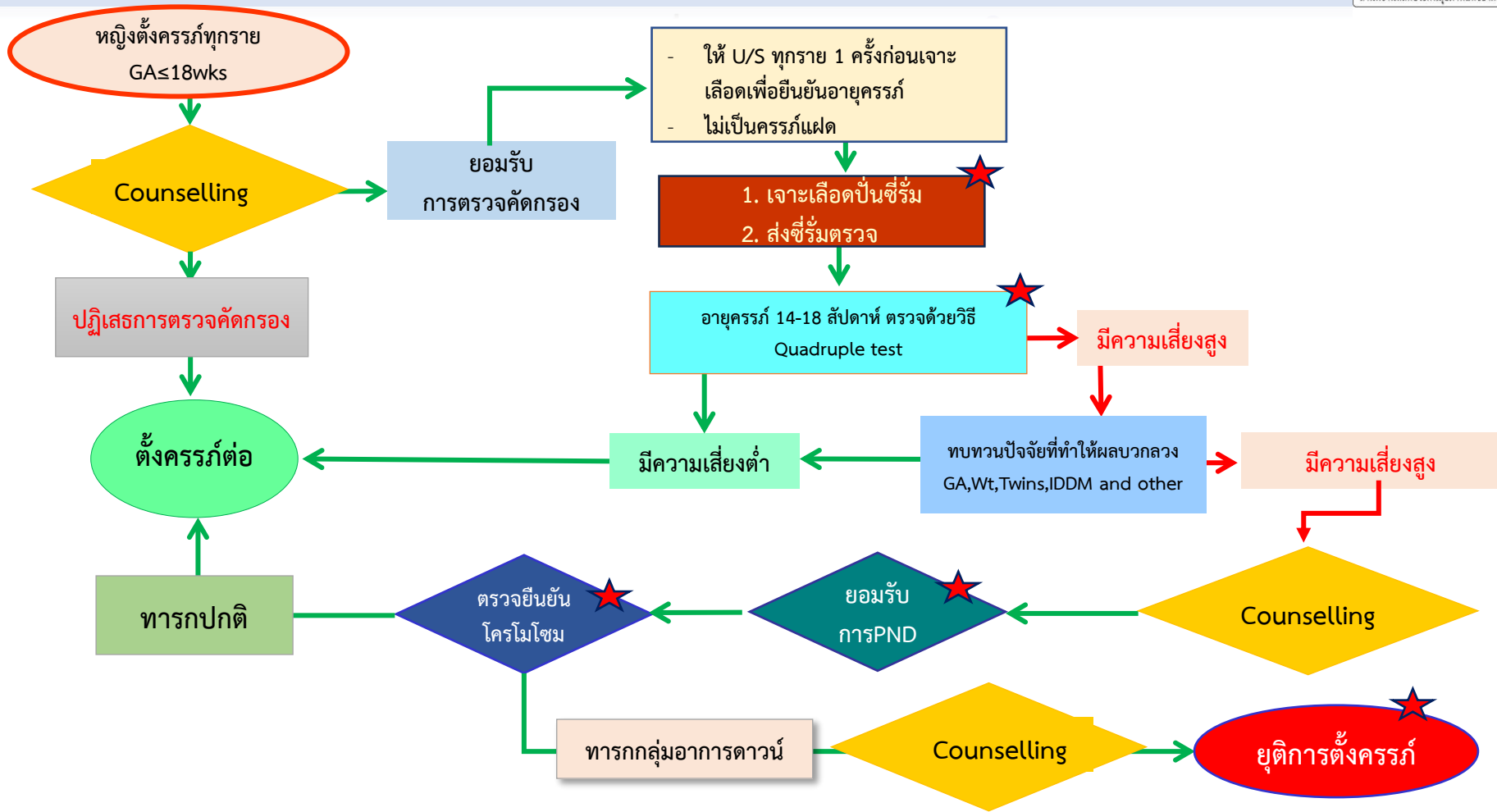
4. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

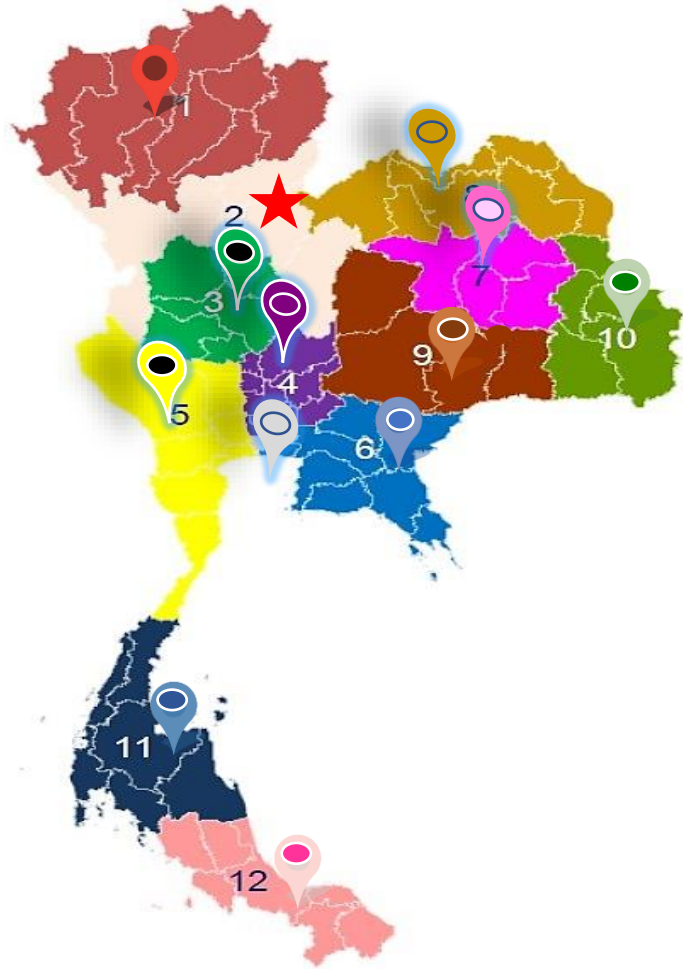
| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ<ol style="list-style-type: none">1.1) เจาะเลือดบั้นซีรัมส่งตรวจคัดกรอง1.2) การส่งซีรัมเพื่อตรวจคัดกรอง1.3) ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ กรณีที่เกิดการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดำเนินการ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้<ol style="list-style-type: none">1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ2) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)2.2) ตรวจสอบส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์3. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none">- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping)- การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์- การยุติการตั้งครรภ์ |

4. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">ค่าเจาะเลือดปั่นซีรัม เหมาะจ่ายในอัตรา 100 บาท/การตั้งครรภ์ค่าเจาะเลือดปั่นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจ เหมาะจ่ายในอัตรา 200 บาท/การตั้งครรภ์ค่าตรวจ Quadruple test เหมาะจ่ายในอัตรา 1,200 บาท/การตั้งครรภ์ หรือ ค่าตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาะจ่ายในอัตรา 1,300 บาท/การตั้งครรภ์ค่าทำหัตถการตรวจโครโมโซมยีนยันทารกในครรภ์ เหมาะจ่ายในอัตรา 2,500 บาท/การตั้งครรภ์ค่าตรวจวินิจฉัยยันทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม เหมาะจ่ายในอัตรา 2,500 บาท/การตั้งครรภ์การยุติการตั้งครรภ์ เหมาะจ่ายในอัตรา 3,000 บาท/การตั้งครรภ์ |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB |

ขั้นตอนการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์





เขต 1

- 1.รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เชียงราย
- 3.รพ.ลำปาง

เขต 2

ไม่มี

เขต 3

- 4.ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
- 5.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

เขต 4

6. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
- 7.รพ.พระนั่งเกล้า
- 8.ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

เขต 5

- 9.ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
- 10.รพ.พหลพลพยุหเสนา
11. รพ.นครปฐม

เขต 6

- 12.รพ.ชลบุรี
- 13.รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เขต 7

- 14.รพ.ศรีนครินทร์ ม.ขอนแก่น
- 15.รพ.ขอนแก่น
- 16.ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

เขต 8

17. รพ.อุดรธานี

เขต 9

- 18.รพ.ชัยภูมิ
- 19.รพ.บุรีรัมย์
- 20.รพ.มหาราชนครราชสีมา
- 21.รพ.สุรินทร์
- 22.รพ.ปากช่องนานา
- 23.ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เขต 10

- 24.รพ.สรรพสิทธิประสงค์

เขต 11

- 25.รพ.ลิซล

เขต 12

- 26.รพ.สงขลานครินทร์ ม.สงขลานครินทร์
- 27.คณะเทคนิคการแพทย์ ม.สงขลานครินทร์
- 28.ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

เขต 13

- 29.รพ.ตากสิน
- 30.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 31.รพ.ราชพิพัฒน์

5. การคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | 1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening 2. บริการตรวจโรคซิฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ 2.1 ตรวจ VDRL 2.2 ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย เหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท/การตั้งครรภ์ของภรรยา 2. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 2.1 วิธี VDRL เหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท/การตั้งครรภ์ของภรรยา 2.2 วิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ เหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท/การตั้งครรภ์ของภรรยา |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB |

6. การตรวจหลังคลอด

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">บริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้ ครั้งที่ 1 บริการตรวจหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน ครั้งที่ 2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอดบริการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">ค่าบริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง จ่ายเหมาในอัตรา 150 บาท/ครั้ง ดังนี้<ul style="list-style-type: none">- ติดตามดูแลหลังคลอดระหว่างวันที่ 1-7- ติดตามดูแลหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด- ติดตามดูแลหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอดค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด จ่ายเหมาในอัตรา 135 บาท/ครั้ง |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

7. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครบ 48 – 72 ชม. หรือ 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ 3. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง เหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท/ครั้ง/คน 2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH เหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท/ครั้ง/คน (หน่วยบริการที่ติดตามเด็ก) |
| โปรแกรม | เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH |

ขั้นตอนการตรวจคัดกรอง TSH และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ในเด็กแรกเกิด

หน่วยบริการที่เก็บตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างเลือดจากเส้นเท้าเด็กอายุมากกว่า 48 ชม.
บันทึกข้อมูลเด็กตามแบบฟอร์มของหน่วยที่รับตรวจ

ส่งกระดาษขั้วตรวจคัดกรองทันทีที่เลือดแห้งไปยังหน่วยตรวจคัดกรอง ทางไปรษณีย์

หน่วยตรวจคัดกรอง

ตรวจคัดกรอง

1. TSH
2. ENBS

ผลบวก

ผลลบ

แจ้งผลการตรวจไปยังผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการ

- แจ้งผลผ่านทาง SMS, E-mail
- แจ้งตามระบบปกติ Website ของหน่วยงาน

แจ้งผลการตรวจไปยังผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการ

- แจ้งตามระบบปกติ Website ของหน่วยงาน

หน่วยบริการติดตาม
เด็กที่มีผลผิดปกติ

TSH Positive

หน่วยบริการติดตามเด็กให้มารับการตรวจยืนยัน
ให้ยา Thyroxine ภายในอายุไม่เกิน 14 วัน

หน่วยบริการประเมินผลการตรวจยืนยันและ
ให้การดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ

Risk for ENBS

1. เร่งด่วนมาก ตามเด็กรับการประเมินภายใน 24 ชม.
2. เร่งด่วนปานกลาง ตามเด็กรับการประเมินภายใน 48 ชม.

ผลการยืนยันผิดปกติ
ส่งศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

8. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | 1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครบ 48-72 ชม. หรือ 2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือ ทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ 1. ศูนย์ตรวจคัดกรองและรักษาโรคหายาก รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท/ครั้ง/คน |
| โปรแกรม | เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH |

เครือข่ายหน่วยตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน/รักษา (รายเขตสุขภาพ)

| เขต | หน่วยตรวจคัดกรอง TSH&ENBS | ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก |
|------------------|---|---|
| 1 เชียงใหม่ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ฯ เชียงราย) | รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 2 พิษณุโลก | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ |
| 3 นครสวรรค์ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) | รพ.ศิริราช |
| 4 สระบุรี | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ |
| 5 ราชบุรี | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) | รพ.ศิริราช |
| 6 ระยอง | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) | รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 7 ขอนแก่น | รพ.ศรีนครินทร์ | รพ.ศรีนครินทร์ |
| 8 อุตรธานี | รพ.ศรีนครินทร์ | รพ.ศรีนครินทร์ |
| 9 นครราชสีมา | รพ.รามาธิบดี | รพ.รามาธิบดี |
| 10 อุบลราชธานี | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ฯ อุบลราชธานี) | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ |
| 11 สุราษฎร์ธานี | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ฯ สุราษฎร์ธานี) | รพ.ธรรมศาสตร์ ฯ |
| 12 สงขลา | คณะเทคนิคการแพทย์ มอ. | รพ.พระมงกุฎเกล้า |
| 13 กรุงเทพมหานคร | รพ.ศิริราช,รพ.รามาธิบดี,รพ.จุฬาลงกรณ์,สถาบันเด็กแห่งชาติฯ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) | รพ.ศิริราช,รพ.รามาธิบดี,รพ.จุฬาลงกรณ์,สถาบันเด็กแห่งชาติฯ |

9. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ<ol style="list-style-type: none">1.1 การตรวจคัดกรองสายตาศูนย์เด็กนักเรียน1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. เลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D เหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท/คน/ปี2. เลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาสั้นผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา เหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท/คน/ปี |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13: โปรแกรม KTB |

10. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยทุกคน อายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | 1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก 2. กรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา 3. แจ้งผลการตรวจและติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ จ่ายในอัตรา 600 บาท/ครั้ง/คน |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

11 .บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด3. กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ<ol style="list-style-type: none">ก. ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยาข. บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV self sampling)4. กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ<ol style="list-style-type: none">4.1 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา4.2 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology หากผลการตรวจผิดปกติ เป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ ให้ตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปีหลังจากที่ทราบผลตรวจ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ |

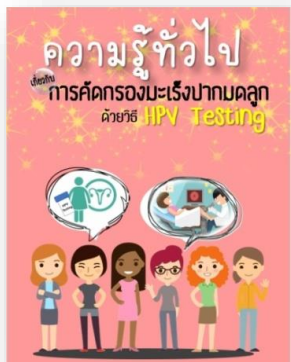
11 .บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA เหมาะจ่ายในอัตรา 250 บาท/ครั้ง บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self sampling) <ul style="list-style-type: none"> - บริการเก็บตัวอย่าง เหมาะจ่ายในอัตรา 50 บาท/ครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type 16,18 other Type) เหมาะจ่ายอัตรา 280 บาท/ครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully) เหมาะจ่ายอัตรา 370 บาท/ครั้ง บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology เหมาะจ่ายในอัตรา 250 บาท/ครั้ง บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา เหมาะจ่ายในอัตรา 900 บาท/ครั้ง ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำ ด้วยวิธี Pap Smear ภายใน 1 ปี หลังผลการตรวจ Liquid based cytology ผลเป็นลบ เหมาะจ่ายในอัตรา 250 บาท/ครั้ง |
| | <p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p> |

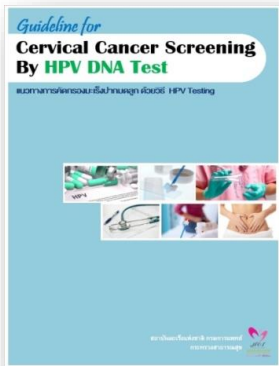
“HPV Self – sampling : คือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้หญิงไทย ที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองให้เข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น”

HPV Self – sampling เป็นการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองเท่านั้น ไม่สามารถทราบผลตรวจฯ ได้ด้วยตนเอง
ต้องมีการส่งสิ่งส่งตรวจไปยังหน่วยตรวจที่มีศักยภาพเพื่อตรวจหาเชื้อ HPV ต่อไป

คู่มือเอกสารประกอบการดำเนินงาน



คู่มือ ความรู้ทั่วไป
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธี HPV DNA Test



คู่มือ แนวทางการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธี HPV DNA Test



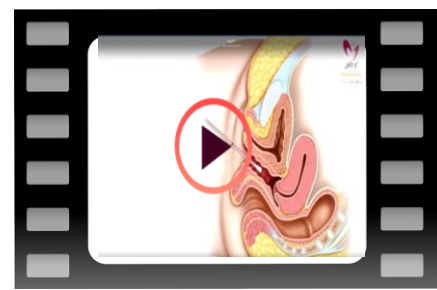
QR code เอกสารทั้งหมด



QR code แนะนำวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ
ทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self-sampling)



วิดีโอ แนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจ
(สำหรับเจ้าหน้าที่)



วิดีโอ แนะนำการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่อง
คลอดด้วยตนเอง (HPV Self-sampling)

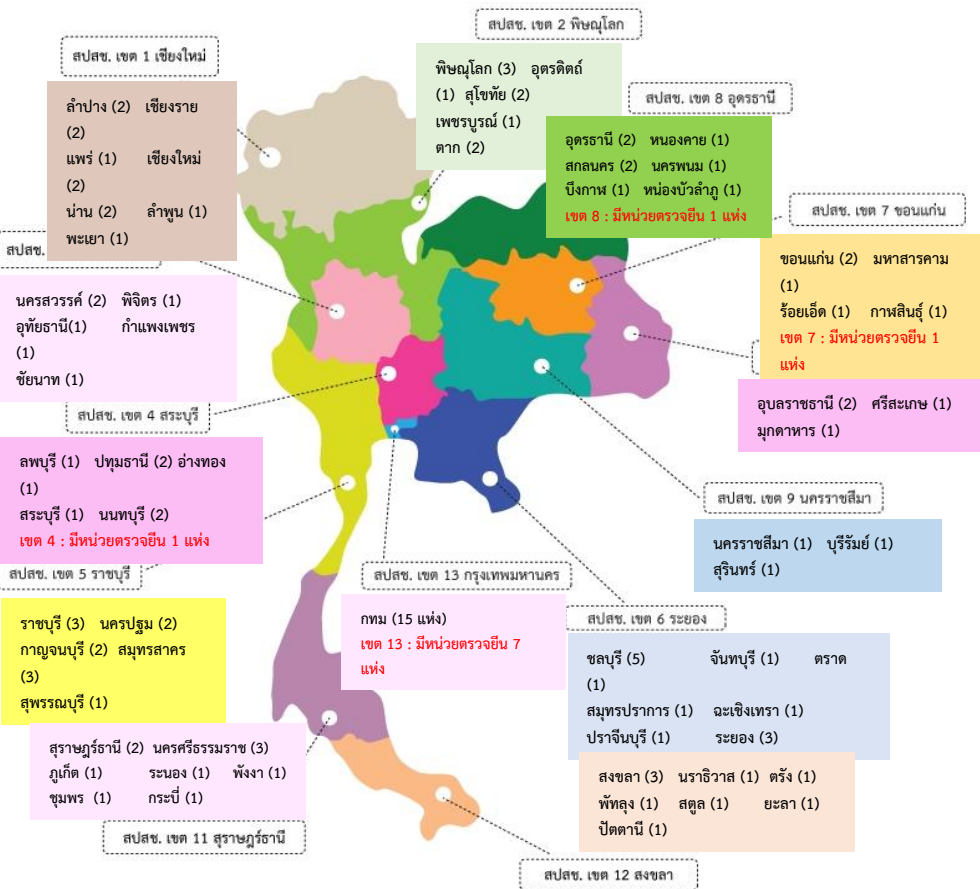
12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน โดยผู้ที่มีสิทธิเข้ารับบริการอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม2. บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ3. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ <ol style="list-style-type: none">1. หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ <u>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือมีแพทย์ผ่านการอบรม Genetic counseling</u>2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 : เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ในอัตรา 500 บาท/คนค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2<ol style="list-style-type: none">ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท/คนค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท/คน |
| โปรแกรม | เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim |

ข้อมูลหน่วยบริการให้คำปรึกษา/เก็บตัวอย่างฯ และหน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ปีงบประมาณ 2567



| สปสช.เขต | จำนวนหน่วยบริการเก็บตัวอย่าง (แห่ง) | จำนวนหน่วยตรวจยีน (แห่ง) |
|---------------------|-------------------------------------|--|
| เขต 1 เชียงใหม่ | 11 | - |
| เขต 2 พิษณุโลก | 9 | - |
| เขต 3 นครสวรรค์ | 6 | - |
| เขต 4 สระบุรี | 7 | 1 (กรมวิทย์ฯ) |
| เขต 5 ราชบุรี | 11 | - |
| เขต 6 ระยอง | 13 | - |
| เขต 7 ขอนแก่น | 5 | 1 (รพ.ศรีนครินทร์ขอนแก่น) |
| เขต 8 อุดรธานี | 8 | 1 (ศูนย์วิทย์เขต 8) |
| เขต 9 นครราชสีมา | 3 | - |
| เขต 10 อุบลราชธานี | 4 | - |
| เขต 11 สุราษฎร์ธานี | 10 | - |
| เขต 12 สงขลา | 9 | - |
| เขต 13 กทม. | 15 | 7 (รามมา,ศิริราช,จุฬา /เอกชน จำนวน 4 แห่ง) |
| ประเทศ | 111 | 10 |

ข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2566



13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | 1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 2. ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี เหม่าจ่ายในอัตรา 60 บาท/ครั้ง |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test



- อายุกลุ่มเป้าหมาย 50-70 ปี
- คัดกรองทุก 2 ปี
- วิธีการ FIT มีค่า cut-off 100 ng/ml

ประชาชนอายุ 50-70 ปี คัดกรองทุกๆ 2 ปี

แนะนำตรวจซ้ำ 2 ปี

Negative



ค่า cut off ที่ 100 ng/ml

Positive

| Risk factor | Points |
|--|--------|
| Age | |
| < 50 | 0 |
| 50-69 | 2 |
| ≥ 70 | 3 |
| Sex | |
| Female | 0 |
| Male | 1 |
| Family history of CRC in a first-degree relative | |
| Absent | 0 |
| Present | 2 |
| Smoking | |
| Never | 0 |
| Current or past | 1 |

CRC, Colorectal cancer.
*Low-risk group = score 0-1, moderate-risk group = score 2-3, and high-risk group = score 4-7.

Colonoscopy - รพช.
- รพท.
- รพศ.

สามารถคัดกรอง Fit Test ใหม่ได้ ตามเงื่อนไข 1 ครั้ง ต่อ 2 ปี

Negative

Positive

Low risk

High risk

Repeat Colonoscopy 5-10 ปี

Repeat Colonoscopy 5 ปี

Repeat Colonoscopy 3 ปี

หมายเหตุ : ขั้นตอนการวินิจฉัย การรักษา และการนัดติดตามผลหลังการรักษา ให้ปฏิบัติตามแนวทางของสถานพยาบาลนั้นๆ

14. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงให้เป็นไปตามประกาศการจ่ายฯ |
| ขอบเขตบริการ | บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิช ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

15. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) เหมาจ่ายในอัตรา 65 บาท/คน (ตลอดช่วงชีวิต) |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

16.บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ได้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาท/คน/ปี |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

17. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน2. ยาฉีดคุมกำเนิด3. บริการใส่ห่วงอนามัย4. บริการฝังยาคุมกำเนิด (รวมค่าถอดยาฝังคุมกำเนิด)5. จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว |

17. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <p>1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผงและไม่เกิน 13 แผง/คน/ปี</p> <p>1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม จ่ายเหมาในอัตรา 40 บาท/แผง</p> <p>2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว จ่ายเหมาในอัตรา 80 บาท/แผง</p> <p>กรณีดังนี้ 1) หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน (นับตามอายุเด็ก) 2) ผู้ที่มีประวัติไม่เกรนแบบมีออรา</p> <p>2. ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จ่ายเหมาในอัตรา 50 บาท/แผง ไม่เกิน 2 แผง/คน/ปี</p> <p>3. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิน 10 ชิ้น/ครั้ง สำหรับหน่วยได้รับงบ PP-Capitation - จ่ายชิ้นละ 1 บาท ไม่เกิน 10ชิ้น/ครั้ง สำหรับหน่วยไม่ได้รับงบ PP-Capitation <p>4. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด จ่ายเหมาในอัตรา 60 บาท ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี</p> <p>5. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาในอัตรา 800 บาท/ครั้ง/ปี</p> <p>6. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด (รวมค่าถอดยาฝังคุมกำเนิด) จ่ายเหมาในอัตรา 2,500 บาท/ครั้ง ทุก 3 ปี</p> |
| โปรแกรม | <p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p> |

18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา |
| ขอบเขตบริการ | บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1.1 วิธีการใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ - การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration : MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration : EVA) |
| หน่วยบริการ | 1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ 2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น |

18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">1. วิธีการใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack)2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration : MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration : EVA) <p>เหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท/การตั้งครรภ์</p> |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------|--|--|--|--|---|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ขอบเขตบริการ | <p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="330 398 1818 573"> <tr> <td>2.1 TB-LAMP</td> <td>2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)</td> </tr> <tr> <td>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)</td> <td>2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</td> </tr> <tr> <td>2.3 Real-time PCR MTB/MDR</td> <td>2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</td> </tr> <tr> <td>2.4 Line Probe Assay (LPA)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรคให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา First- line drugs</p> <p>4. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) ให้ตรวจโดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="330 780 1373 813"> <tr> <td>4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</td> <td>4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</td> </tr> </table> <p>5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</p> <table border="0" data-bbox="330 868 1748 911"> <tr> <td>5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี หรือ</td> <td>5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ดังนี้</td> </tr> </table> <p>เทคนิค Solid media หรือ เทคนิค Liquid media</p> | 2.1 TB-LAMP | 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) | 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) | 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) | 2.3 Real-time PCR MTB/MDR | 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) | 2.4 Line Probe Assay (LPA) | | | 4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ | 4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) | 5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี หรือ | 5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ดังนี้ |
| 2.1 TB-LAMP | 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) | 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 Real-time PCR MTB/MDR | 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB | 2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4 Line Probe Assay (LPA) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ | 4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี หรือ | 5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ดังนี้ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง | | | | | | | | | | | | | | | | |

19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <ol style="list-style-type: none">1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 100 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคด้วยยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี จากรายการ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">2.1 TB-LAMP 200 บาท/ครั้ง2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 500 บาท/ครั้ง2.3 Real-time PCR MTB/MDR 600 บาท/ครั้ง2.4 Line Probe Assay (LPA) 600 บาท/ครั้ง3. หากตรวจพบผลคือยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคคือยา (RR/MDR-TB) 700 บาท/ครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)<ol style="list-style-type: none">4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB 20 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี<ol style="list-style-type: none">- เทคนิค Solid media 200 บาท/ครั้ง- เทคนิค Liquid media 300 บาท/ครั้ง |
| โปรแกรม | หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub |

บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง



20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|---------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | <ol style="list-style-type: none">1. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 15-34 ปี โดยให้บริการครบทุกรายการ : BP BMI ความเครียดและซึมเศร้า บุหรี่และสารเสพติด และ การให้คำปรึกษาแนะนำ*2. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต อายุ 35-59 ปี โดยให้บริการครบทุกรายการ : BP BMI ความเครียดและซึมเศร้า บุหรี่และสารเสพติด การให้คำปรึกษาแนะนำ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและหรือเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาล (FCG)*3. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยง จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามประกาศยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน4. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต |
| หมายเหตุ | * รายละเอียดการประเมินตามเอกสารแนบท้ายประกาศการจ่ายฯ |

20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต (ต่อ)

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | <p>1. อายุ 15- 34 ปี ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาะจ่ายอัตรา 100 บาท/ครั้ง/ปี</p> <p>2. อายุ 35- 59 ปี ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต เหมาะจ่ายอัตรา 150 บาท/ครั้ง/ปี กรณีพบความเสี่ยงจากการประเมินเจาะหลอดเลือดดำตรวจวัดระดับน้ำตาล (FPG) หลังอดอาหาร 8 ชม. เหมาะจ่ายอัตรา 40 บาท/ครั้ง/ปี</p> <p>3. อายุ 45- 70 ปี ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาะจ่ายอัตรา 160 บาท/ครั้ง (ทุก 5 ปี)</p> |
| โปรแกรม | <p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p> |

แนวทางการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต ตามบริการ PP Fee schedule ปีงบประมาณ 2566

| รายการประเมิน | แนวทางการประเมิน |
|---|---|
| 1. การประเมินดัชนีมวลกาย (การชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง) และรอบเอว | แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย |
| 2. การตรวจวัดความดันโลหิต | แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย |
| 3. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน | แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย |
| 4. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และ หลอดเลือด | Thai CVD Risk พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ม.มหิดล ผ่านโปรแกรมThai CVD risk score URL https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/ |
| 5. การประเมินความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ต่อม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด | <p>1.การประเมินความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ตามแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคตินโดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค สามารถเลือกใช้แบบประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แบบประเมิน Heaviness of Smoking Index (HSI) 2) แบบประเมิน The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) <p>2. การประเมินความเสี่ยงต่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด ตามแบบประเมิน ASSIST V3.1 ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2010 พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.ดร.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย และคณะ</p> |
| 6. การประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า | <p>1. การประเมินความเครียด ตามแบบประเมินความเครียด (ST-5) โดยกรมสุขภาพจิต</p> <p>2 การประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) <ul style="list-style-type: none"> กรณีคะแนน 2Q \geq 1 ให้ประเมิน 9Q และ 8Q ต่อไป 2.2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) <ul style="list-style-type: none"> กรณีคะแนน 9Q \geq 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q 2.3) แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) |

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกผลในเวชระเบียนหรือจัดทำฐานข้อมูล หรือระบบทะเบียนในรูปแบบเอกสาร หรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ และเก็บหลักฐานการประเมินรายบุคคลเพื่อการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ

21. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชากรไทยอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | บริการฉีดวัคซีน คอตีบ – บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ แก่ประชาชนคนไทยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยรับ วัคซีน dT ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการฉีดวัคซีน dT จ่ายเหมาในอัตรา 20 บาท/ครั้ง |
| โปรแกรม | เขต 1-12 : โปรแกรม MOPH-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB |

22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|---|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล |
| ขอบเขตบริการ | บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้กลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม เป็นตามประกาศการจ่ายฯ |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล จ่ายเหมาในอัตรา 20 บาท/ครั้ง/ปี |
| โปรแกรม | เขต 1-13 : โปรแกรม KTB การบันทึกข้อมูล กรณีหญิงตั้งครรภ์ให้บริการฉีดได้ตลอดปี โดยให้หน่วยบริการบันทึก รหัส B11 ผ่านโปรแกรม KTB |

23. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)



| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 |
| ขอบเขตบริการ | ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 ครั้ง (ตลอดช่วงชีวิต) |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีได้ |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน |
| โปรแกรม | เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB |



24. การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี

| หัวข้อ | เงื่อนไขการจ่ายชดเชย |
|----------------------|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชากรไทยที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 และ ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม (ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล) 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5) ผู้ต้องขัง (Prisoner) |
| ขอบเขตบริการ | 1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี 1.1 ประชากรไทยที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้ง (ตลอดช่วงชีวิต) หรือ 1.2 ประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจปีละ 1 ครั้ง 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นผลบวก |
| หน่วยบริการ | หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี 2. ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี |
| เงื่อนไขและอัตราจ่าย | 1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไปที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท/คน 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท/คน/ปี 2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาท/ครั้ง 2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาท/ครั้ง |
| โปรแกรม | 1. การตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /NAP (กลุ่มเสี่ยง) 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim/NAP (กลุ่มเสี่ยง) |



| | |
|--|--|
| <p>1. วัตถุประสงค์</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจด้วยตนเอง สมัครงใจ เป็นความลับ Normalize HIV 2. ให้มีระบบการเฝ้าระวังตนเองและลดการแพร่กระจายเชื้อและเข้าสู่ระบบการป้องกันและรักษาเร็วขึ้น 3. ลดภาระเจ้าหน้าที่และลดความแออัดในโรงพยาบาล |
| <p>2. กลุ่มเป้าหมาย</p> | <p>ประชาชนไทยทุกคน</p> |
| <p>3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ</p> | <p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ 1.2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน 1.3 หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) 1.4 หน่วยรับส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ 1.5 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คลินิกพยาบาล) 1.6 หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) 1.7 หน่วยรับส่งต่อทั่วไป 1.8 หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR, HTC, CSO, PrEP/PEP |
| <p>4. ขอบเขตบริการ</p> | <p>บริการชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST รวมค่าบริการให้คำปรึกษา</p> |
| <p>5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราราคาขดเซช</p> | <p>100 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>ประกาศ HIV 66</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ประกาศ HIV ๑ 2</p> </div> </div> |
| <p>6. การบันทึกข้อมูล</p> | <p>Krungthai Digital Health Platform</p> |



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ติดต่อเรา

Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บไซต์ (<http://eclaim.nhso.go.th>)

