



บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
สำหรับบริการพื้นฐาน

ร่าง มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๖ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๐๐- ๑๗.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมนายแพทย์สวณ นิตยารัมภ์พงศ์ ชั้น ๒ สปสช.ศูนย์ราชการฯ  
และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ID: ๙๙๑ ๙๘๘๗ ๓๖๑๗ Passcode: ๗๐๐๔๓๓)

ระเบียบวาระ / เรื่อง	มติที่ประชุม	ผู้รับผิดชอบ
<p>ความลับ ทั้งนี้ สรุปผลการรับรองการมีส่วนได้เสีย ในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๖ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ ไม่มีกรรมการแจ้งว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย</p> <p>๓. <u>สำนักงบประมาณได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ นร ๐๗๑๒/๑๗๓๐๒ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ แจ้งเรื่องเห็นชอบ</u> ให้ สปสช. ดำเนินการตามแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไปพลางก่อนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑ แผนงาน วงเงิน ๙๔,๘๔๑,๔๙๘,๒๐๐ บาท (เก้าหมื่นสี่พันแปดร้อยสี่สิบเอ็ดล้านสี่แสนเก้าหมื่นแปดพันสองร้อยบาท) และแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไปพลางก่อน ของสำนักงาน จำนวน ๓ แผนงาน วงเงิน งบประมาณ ๙๐๒,๓๖๓,๑๐๐ บาท (เก้าร้อยสองล้านสามแสนหกหมื่นสามพันหนึ่งร้อยบาท) ตามที่สปสช. ได้ขอทำความตกลง และหากมีความจำเป็นต้องใช้จ่าย หรือก่อนนี้ผูกพันเพิ่มเติมจากแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่สำนักงบประมาณ ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว ให้ขอความเห็นชอบจากสำนักงบประมาณอีกครั้ง โดยวงเงินที่จัดทำแผนทั้งสิ้น ต้องไม่เกินสองในสามของวงเงินแต่ละแผนงาน</p>		



ประกาศ ฉบับที่ 3



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับ  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๓)  
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๗ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๙๐/๑ ของหมวด ๑๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับ  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕

“ข้อ ๙๐/๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่กำหนดในหมวดนี้  
ให้นำไปใช้จ่ายกับประชากรไทยทุกคนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย”

ข้อ ๘ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศนี้  
ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการ  
ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

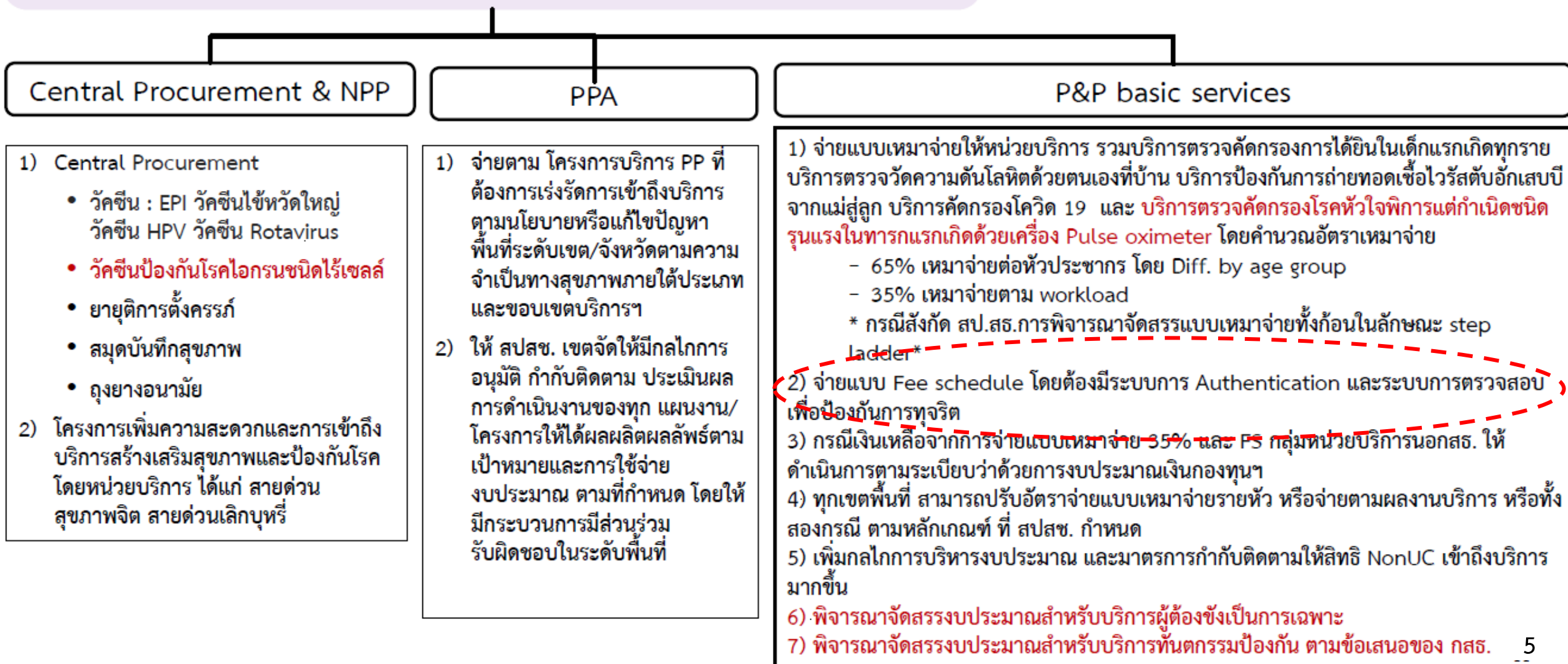
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# (ร่าง) แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2567



ค่าบริการ P&P 22,988.18 ล้านบาท  
(346.53 บาท x ปชก. ทุกสิทธิ 66.339 ล้านคน\*)  
เพิ่มขึ้น 1,607.07 ล้านบาท

- \*เป้าหมาย Thai pop 66.339 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2566 เป็นตัวแทนในการจัดสรร



## รายการ FS\_66 ( 22 รายการ)

1. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์\*
5. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
6. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
7. การตรวจหลังคลอด\*
8. การทดสอบการตั้งครรภ์\*
9. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
10. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
11. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ
12. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)\*
13. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
14. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต\*
15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์\*
16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)\*
17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก\*
18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก\*
19. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่\*
20. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)\*
21. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)\*
22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล

## รายการ FS\_67 ( 22 รายการเหมือนเดิม) และเพิ่มรายการใหม่ 2 รายการ



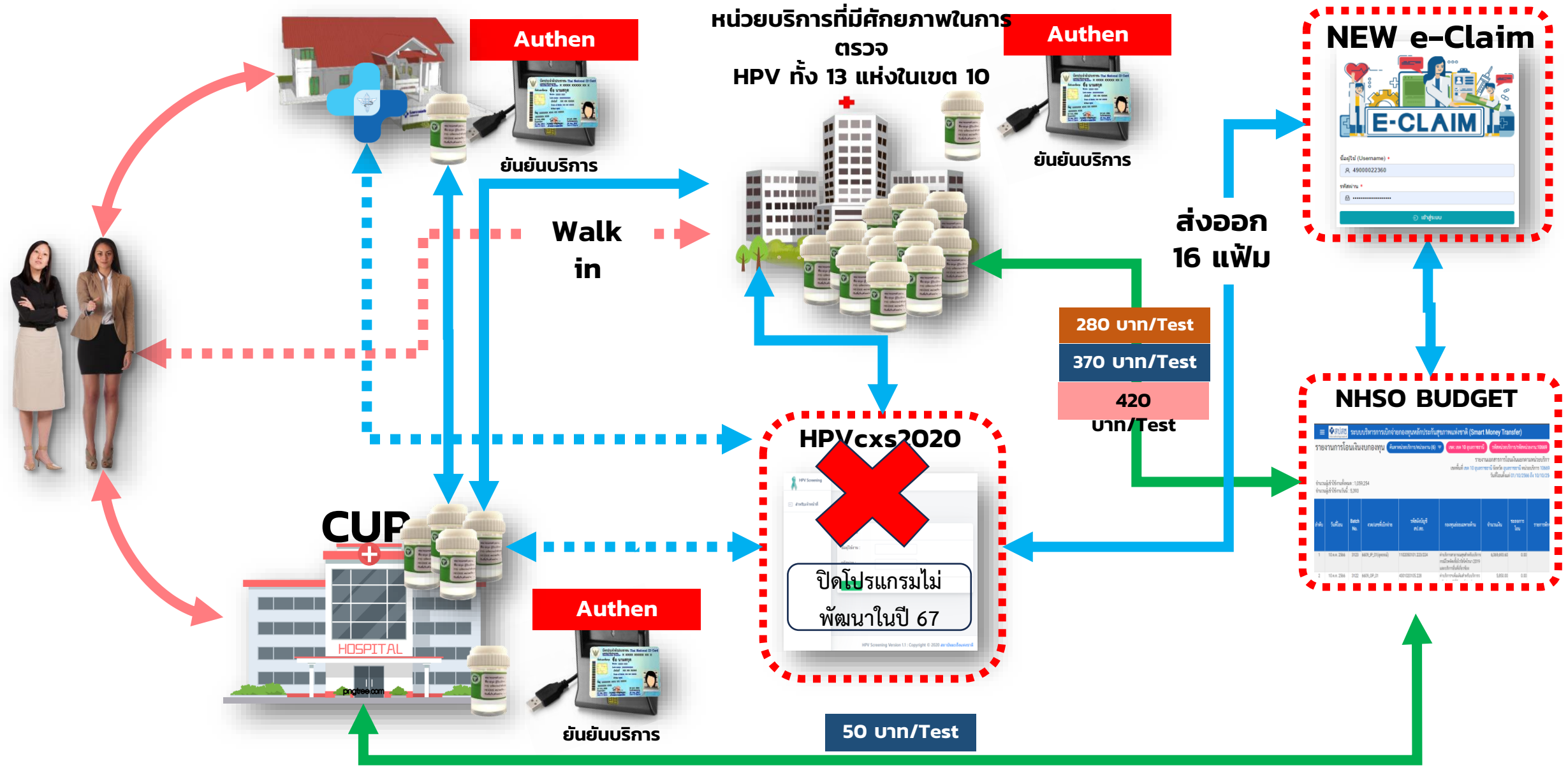
- 1 การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2 การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีซี
- 3 บริการตรวจหาการติดเชื้อ HIV self screening test)



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราราย																												
1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening) <u>รวมถึงการเก็บ</u>	<b>ผู้มีสิทธิ</b>  <b>หน่วยบริการ</b>	<p>หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ <b>เขต 10 เริ่มให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 หน่วยตรวจทั้งหมด 13 แห่ง</b></p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>**มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง) <u>ยกเว้นหน่วยบริการรับตรวจส่งตรวจ**</u></b></p> </div> <table border="1" style="font-size: small; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>จังหวัด</th> <th>จำนวนหน่วยตรวจ (แห่ง)</th> <th>รายชื่อหน่วยตรวจ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>อุบลราชธานี</td> <td>6 แห่ง</td> <td>1. รพ.มะเร็งบอน 2. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 3. รพ.50 พรรษา 4. รพ.พืชมิ่งสาหาร 5. ศูนย์อนามัยที่ 10 6. รพ.เดชอุดม</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ศรีสะเกษ</td> <td>4 แห่ง</td> <td>1. รพ.ศรีสะเกษ 2. รพ.กันทรลักษณ์ 3. รพ.อุทุมพรพิสัย 4. รพ.ขุขันธ์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ยโสธร</td> <td>1 แห่ง</td> <td>รพ.ยโสธร</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>อำนาจเจริญ</td> <td>1 แห่ง</td> <td>รพ.อำนาจเจริญ</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มุกดาหาร</td> <td>1 แห่ง</td> <td>รพ.มุกดาหาร</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>รวม</td> <td>13 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนหน่วยตรวจ (แห่ง)	รายชื่อหน่วยตรวจ	1	อุบลราชธานี	6 แห่ง	1. รพ.มะเร็งบอน 2. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 3. รพ.50 พรรษา 4. รพ.พืชมิ่งสาหาร 5. ศูนย์อนามัยที่ 10 6. รพ.เดชอุดม	2	ศรีสะเกษ	4 แห่ง	1. รพ.ศรีสะเกษ 2. รพ.กันทรลักษณ์ 3. รพ.อุทุมพรพิสัย 4. รพ.ขุขันธ์	3	ยโสธร	1 แห่ง	รพ.ยโสธร	4	อำนาจเจริญ	1 แห่ง	รพ.อำนาจเจริญ	5	มุกดาหาร	1 แห่ง	รพ.มุกดาหาร			รวม	13 แห่ง
ลำดับ	จังหวัด	จำนวนหน่วยตรวจ (แห่ง)	รายชื่อหน่วยตรวจ																											
1	อุบลราชธานี	6 แห่ง	1. รพ.มะเร็งบอน 2. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 3. รพ.50 พรรษา 4. รพ.พืชมิ่งสาหาร 5. ศูนย์อนามัยที่ 10 6. รพ.เดชอุดม																											
2	ศรีสะเกษ	4 แห่ง	1. รพ.ศรีสะเกษ 2. รพ.กันทรลักษณ์ 3. รพ.อุทุมพรพิสัย 4. รพ.ขุขันธ์																											
3	ยโสธร	1 แห่ง	รพ.ยโสธร																											
4	อำนาจเจริญ	1 แห่ง	รพ.อำนาจเจริญ																											
5	มุกดาหาร	1 แห่ง	รพ.มุกดาหาร																											
		รวม	13 แห่ง																											
<u>ส่งตรวจ</u> <u>จากช่องคลอด</u> <u>ด้วยตัวเอง</u> <u>(HPV self-sampling)</u>	<b>อัตราราย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง*</li> <li>บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test             <ol style="list-style-type: none"> <li>บริการเก็บตัวอย่าง <u>รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง</u></li> <li>ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ                 <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง</li> <li>กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง (<u>ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปี หลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</u>)</li> <li>บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ ( Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง</li> </ol>																												

# 1. กระบวนการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA 1

รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข



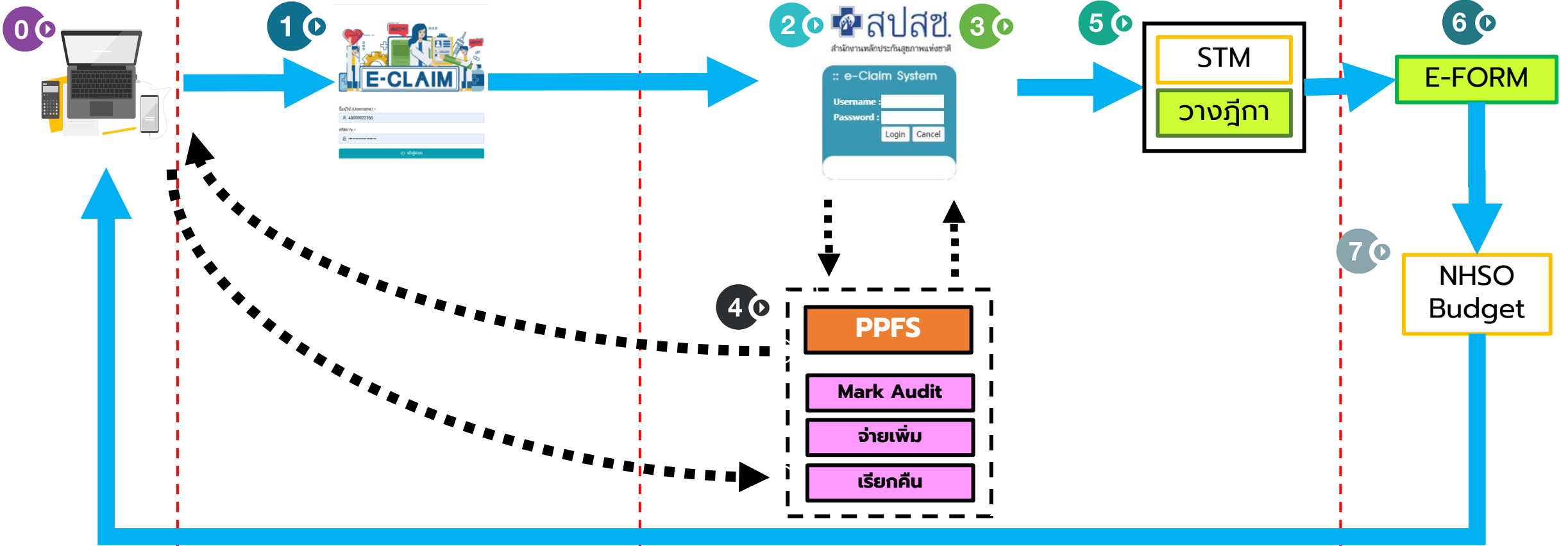
# 1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

e-Claim System

Acc



จันทร์ / พุธ / ศุกร์

รอบแรกกลางเดือน / รอบหลังสิ้นเดือน

22 / 7 เดือนถัดไป



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย
<b>2. บริการฝากครรภ์ (ANC)</b>	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยตั้งครรภ์ ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าบริการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อครั้ง* ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่าย</li> <li>ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 <u>ตรวจครบทุกรายการที่กำหนด</u> จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อการตั้งครรภ์ (ตรวจ <u>VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV</u> และ/หรือ <u>DCIP/Hb E screen</u> และ <u>Blood group : ABO/Rh</u>)</li> <li>ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาท ต่อการตั้งครรภ์ (ตรวจ <u>VDRL</u> และ <u>HIV Antibody</u>)</li> <li>ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์*</li> <li>ค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นในหน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์ (การให้บริการทั้ง 2 กิจกรรม อาจไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกัน)</li> </ul> </li> <li><u>กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงการประสานส่งต่อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง</li> <li>- บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> <li>- บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์ *</li> </ul> </li> </ol>

\* กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปประมวลกฎหมายอาญา ที่แก้ไขตาม "พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564 " หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย

- ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงการประสานส่งต่อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง
- บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์



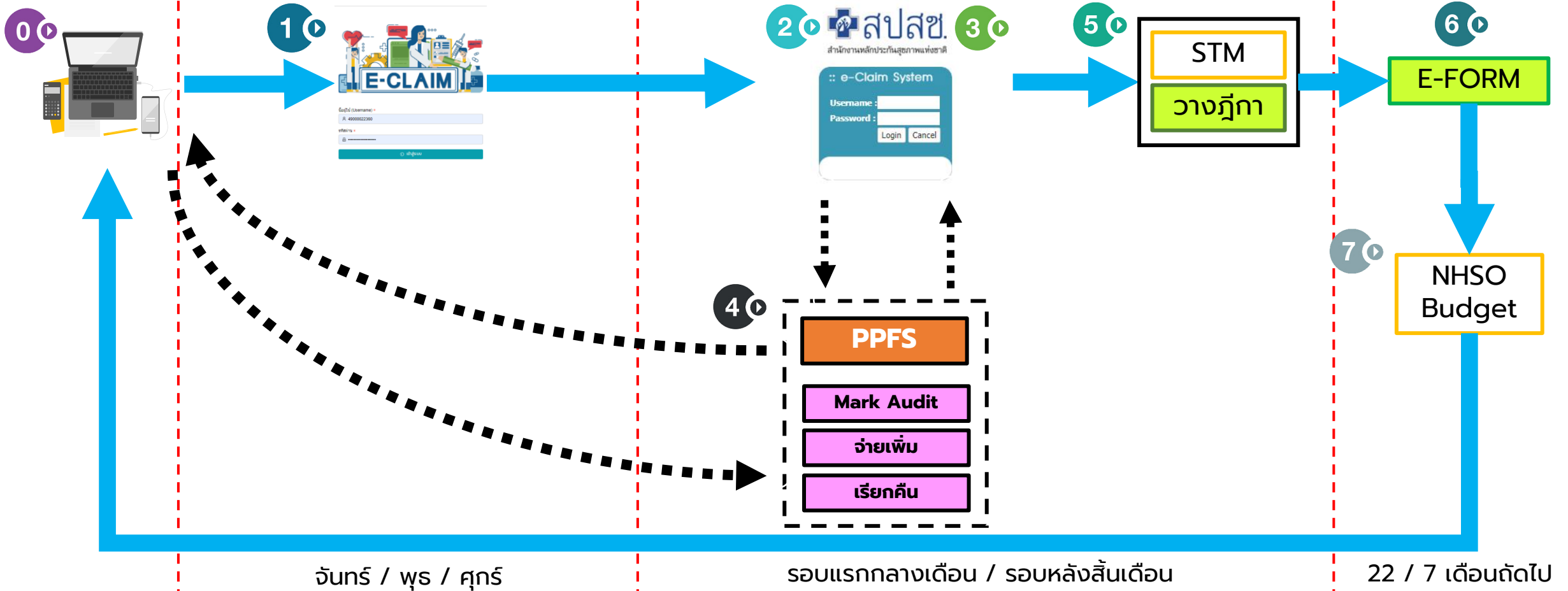
## 2. บริการฝากครรภ์ (ANC)

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

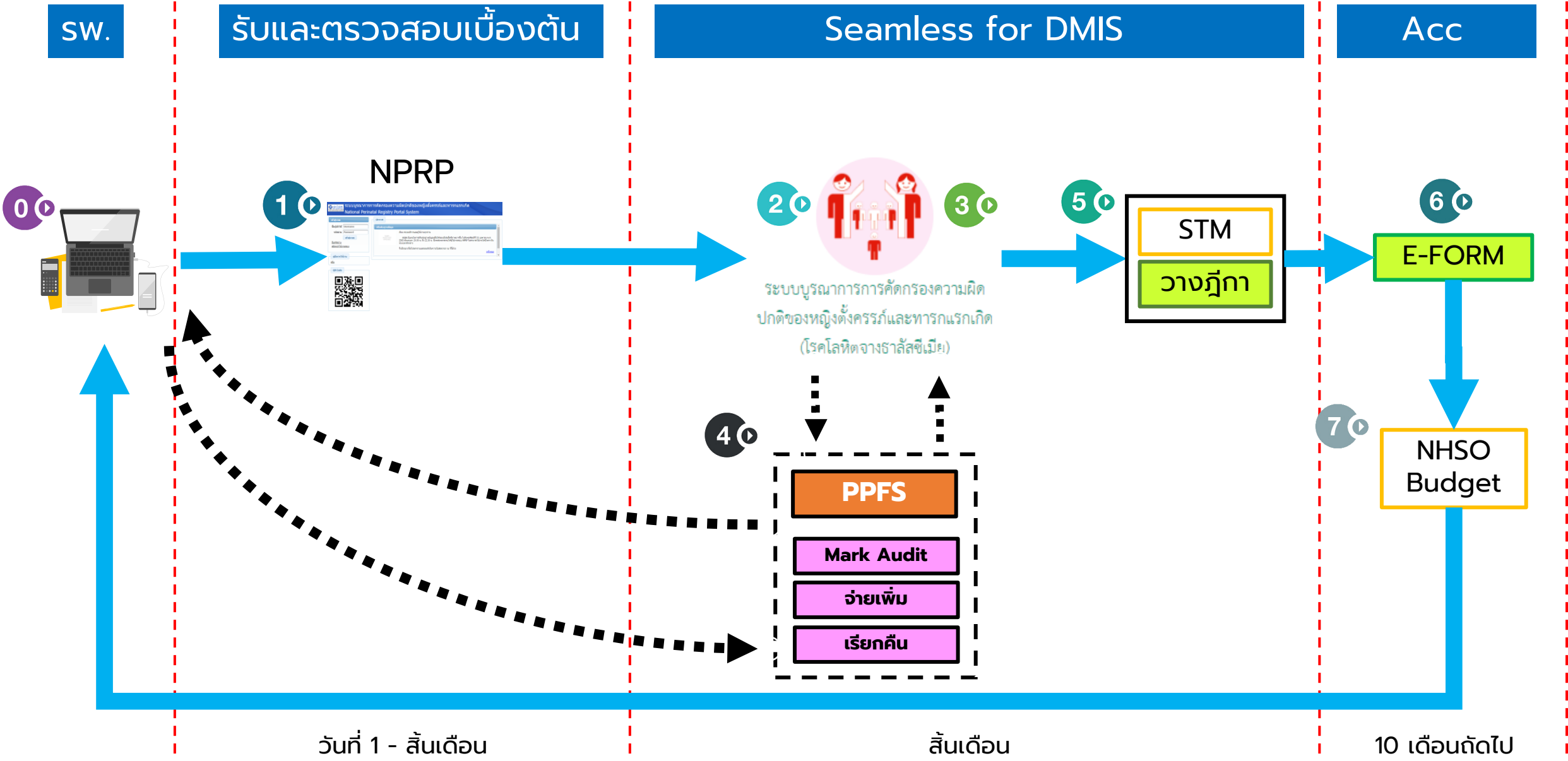
e-Claim System

Acc



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์
	อัตราจ่าย	<p>1. <u>ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ</u></p> <p>1.1) ค่าตรวจ Hb typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</p> <p>1.2) ค่าตรวจ Alpha - thalassemia 1 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</p> <p>1.3) ค่าตรวจ Beta thalassemia mutation จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</p> <p>2. <u>ค่าตรวจยืนยันทารกในครรภ์</u></p> <p>2.1 ค่าทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling, CVS)</li> <li>- การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</li> <li>- การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</li> </ul> <p>2.2 ค่าตรวจ DNA Based Analysis จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</p> <p>2.3 ค่าตรวจ Hb typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์</p> <p>3. <u>ค่าการยุติการตั้งครรภ์</u> กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</p>

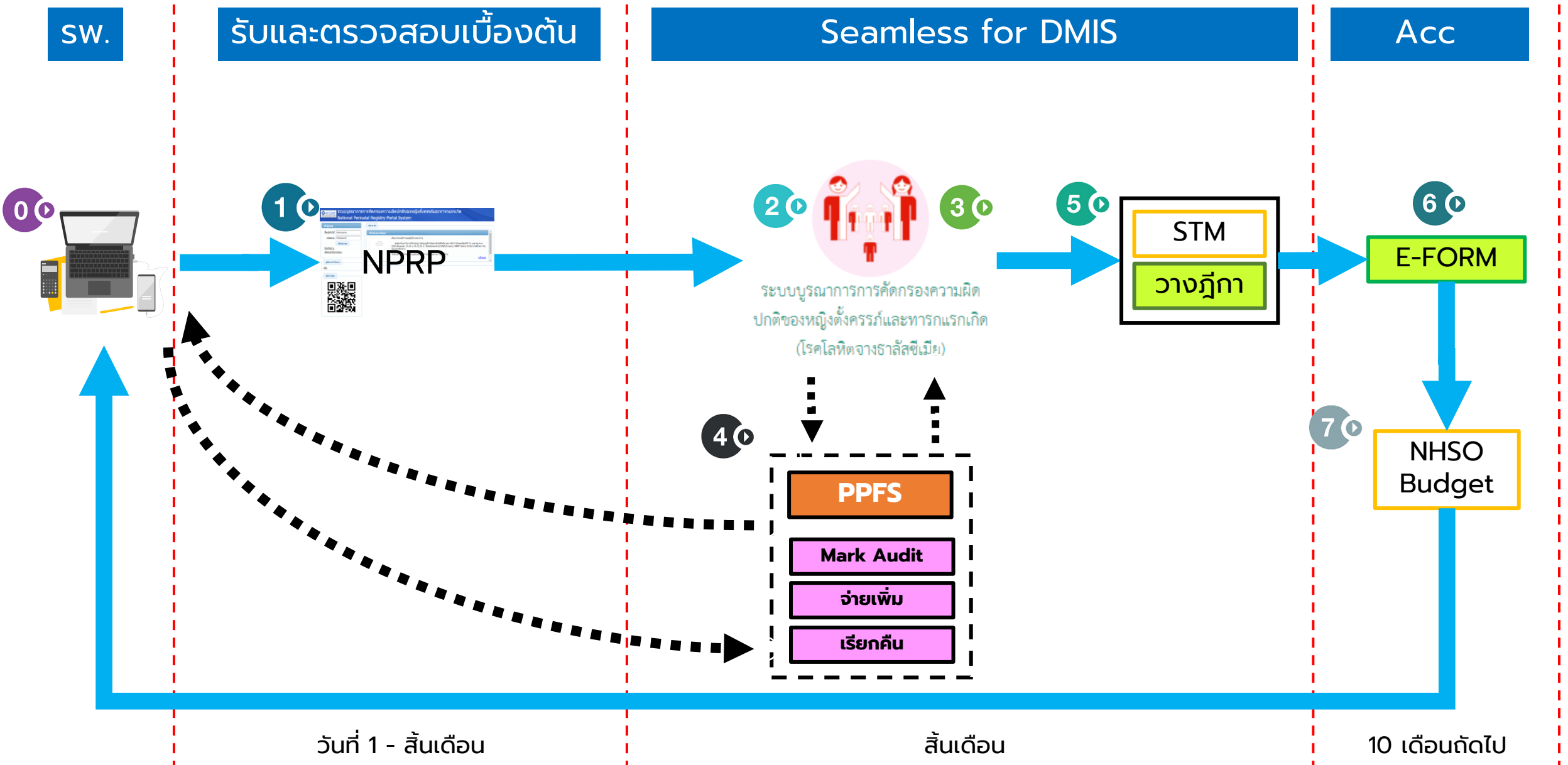
### 3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์




บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
<p>4. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</p>	<p>1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening เมื่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก</p> <p>2. บริการตรวจโรคซิฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้</p> <p>2.1 ตรวจ VDRL</p> <p>2.2 ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ</p> <p>3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</p>
	<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</p>
	<p>หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการฝากครรภ์</li> <li>- บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> </ul>
	<p>อัตราจ่าย</p>	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์</li> <li>2. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อการตั้งครรภ์</li> <li>3. ค่าบริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี TPHA จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อการตั้งครรภ์</li> </ol>

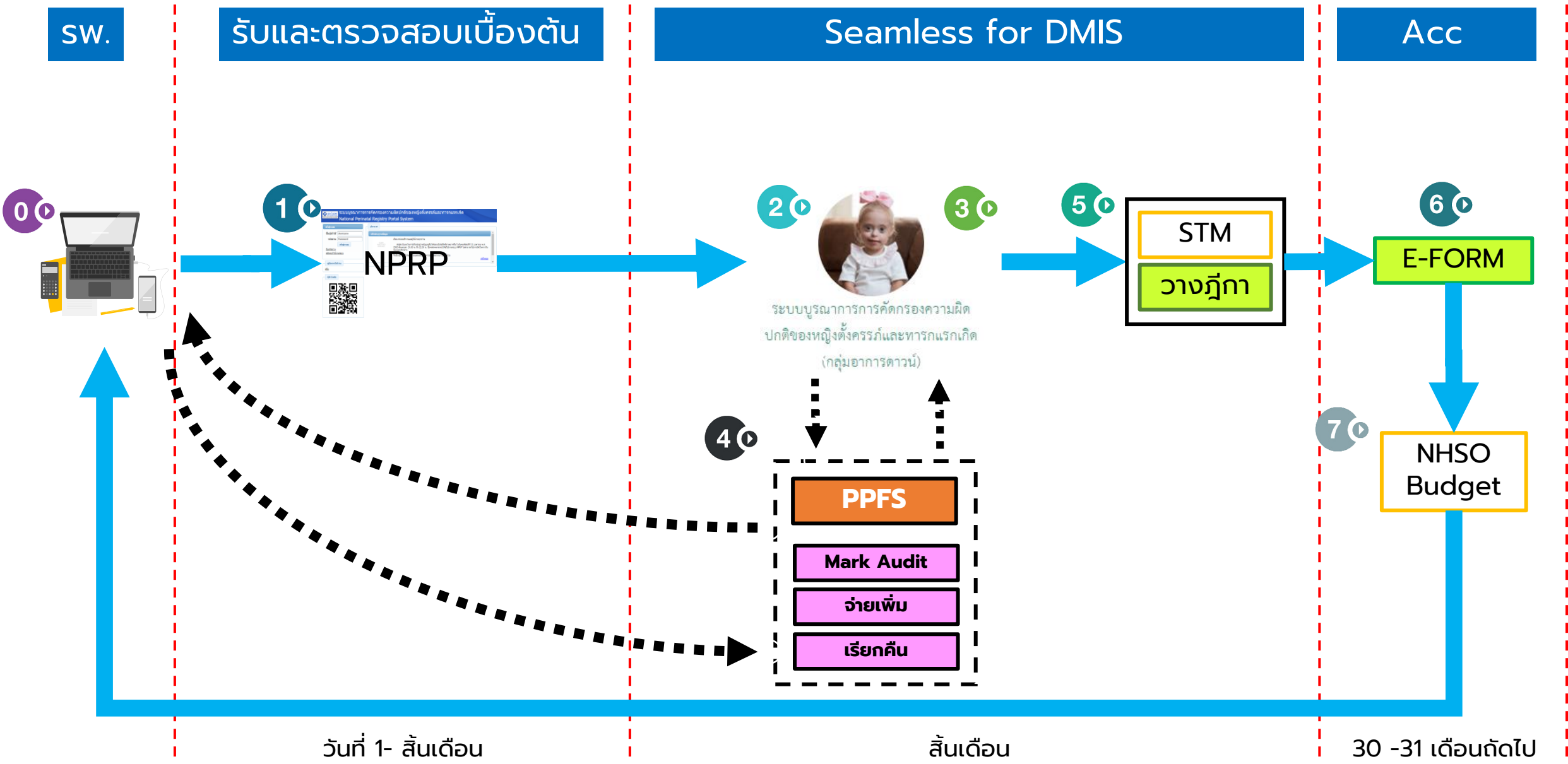


# 4. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์\*



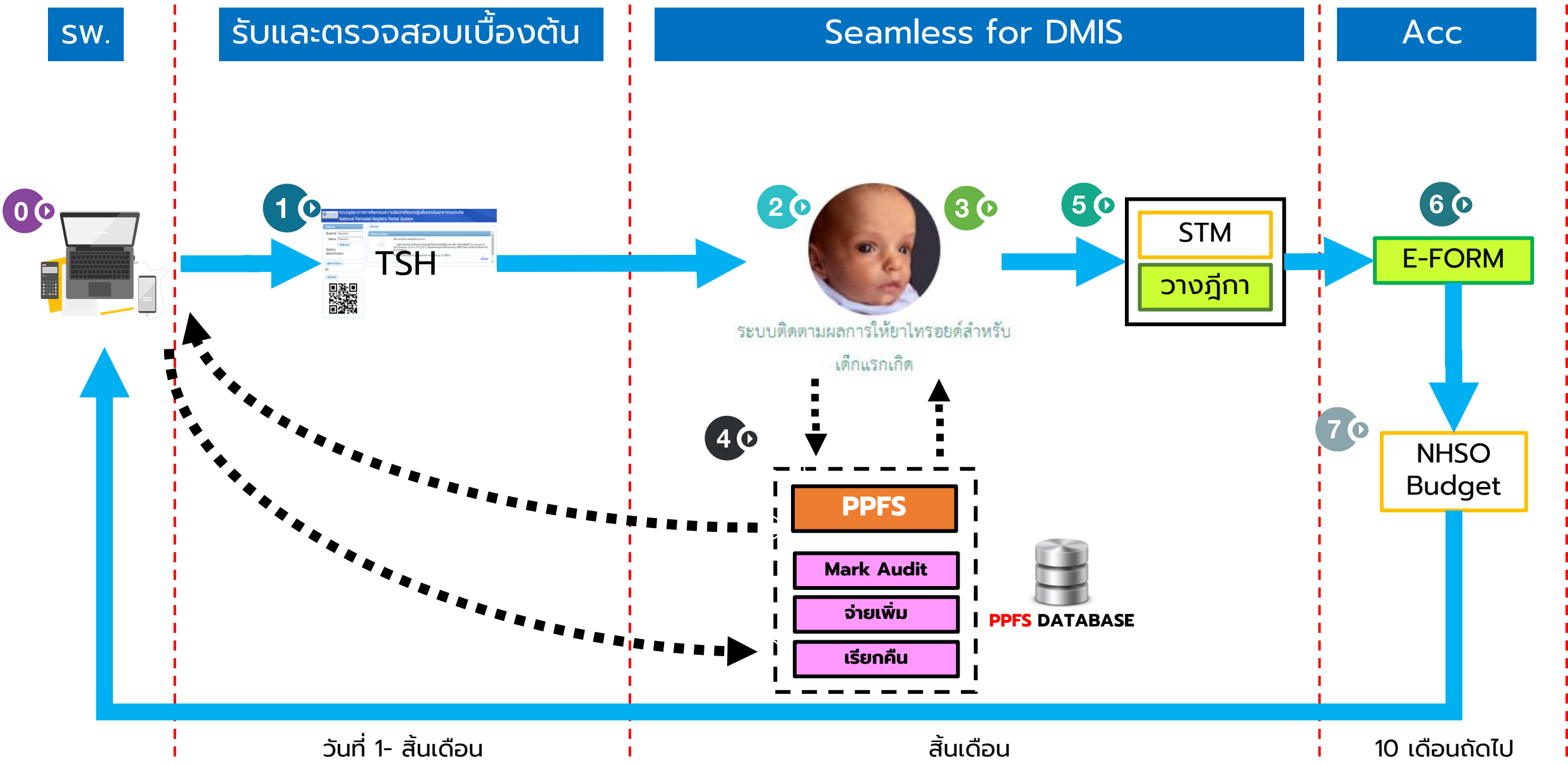
บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย	 <small>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</small>
5. บริการ	ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ให้บริการทุกสิทธิรักษาพยาบาล	
ป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping) / การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ / การยุติการตั้งครรภ์	
	อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การเจาะเลือดปั่นซีรัม จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ</li> <li>1.2 การเจาะเลือดปั่นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> </ol> </li> <li>2. ค่าบริการตรวจ Quadruple test (Beta-HCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A)               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การตรวจ Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ</li> <li>2.2 การตรวจ Quadruple test โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</li> </ol> </li> <li>3. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เมื่อผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</li> <li>3.2 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</li> </ol> </li> <li>4. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์</li> <li>5. การยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> </ol>	

# 5. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวนินในหญิงตั้งครรภ์



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราราย
6. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด (ต่อ)	<b>ผู้มีสิทธิ</b>  <b>หน่วยบริการ</b>	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล  หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>2. ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> <li>3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</li> <li>4. โรงพยาบาลศิริราช</li> <li>5. โรงพยาบาลรามารินทร์</li> <li>6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์</li> <li>7. โรงพยาบาลศรีนครินทร์</li> <li>8. <b>ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ **</b></li> </ol>
	<b>อัตราราย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน ชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ 7 แห่ง</li> <li>2. <b>ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH ; จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน</b>                ; หมายถึง หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ติดตามเด็ก (ที่มีผลการคัดกรอง ผิดปกติ) ติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ผิดปกติและเจาะเลือดตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ Free T4 และ TSH เพื่อวินิจฉัยยืนยันและให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน</li> </ol>

# 6. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด





บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
7. บริการตรวจหลังคลอด	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจหลังคลอด ตามข้อแนะนำของกรมอนามัย ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด</li> <li>1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด</li> </ol> </li> <li>2. บริการป้องกันการขาด ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด</li> <li>3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</li> </ol>
	ผู้มีสิทธิ	หญิงหลังคลอดคนไทย ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
	อัตราจ่าย	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อครั้งหลังคลอด</li> <li>2. ค่ายา Triferdine ครั้งละ 90 เม็ด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งหลังคลอด</li> </ol>

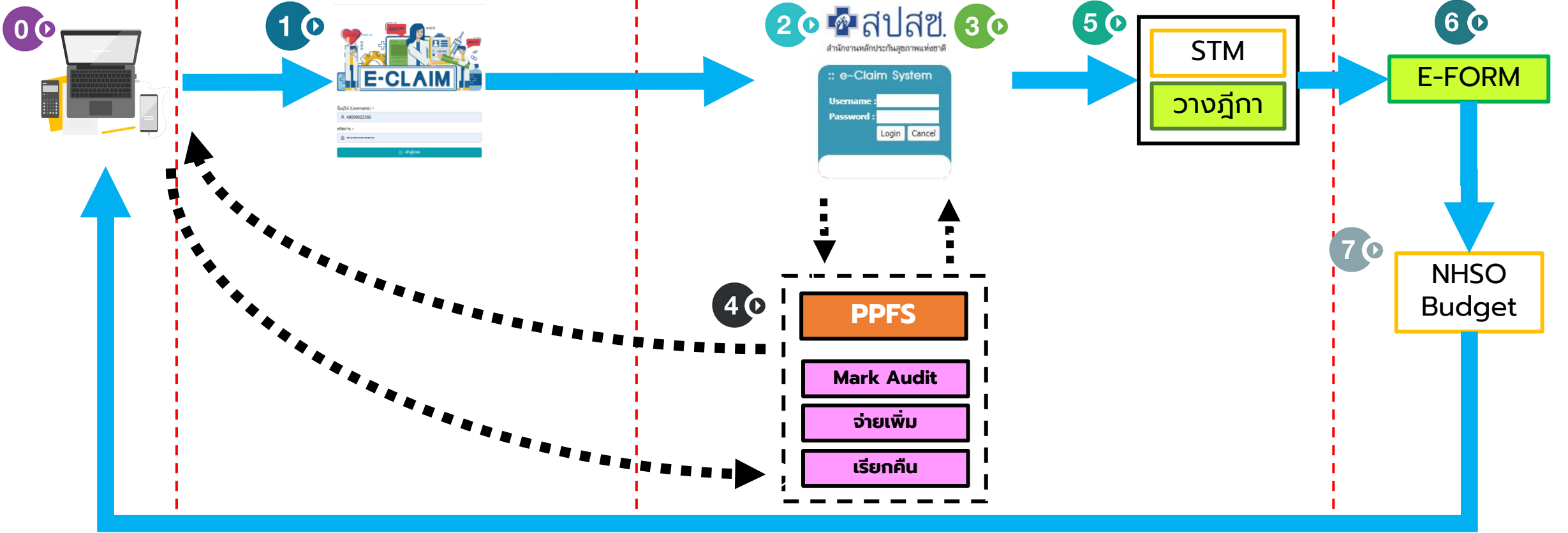
# 7. การตรวจหลังคลอด\*

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

e-Claim System

Acc



จันทร์ / พุธ / ศุกร์

รอบแรกกลางเดือน / รอบหลังสิ้นเดือน

22 / 7 เดือนถัดไป

บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
8. บริการทดสอบการตั้งครรภ์	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ได้
	อัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง

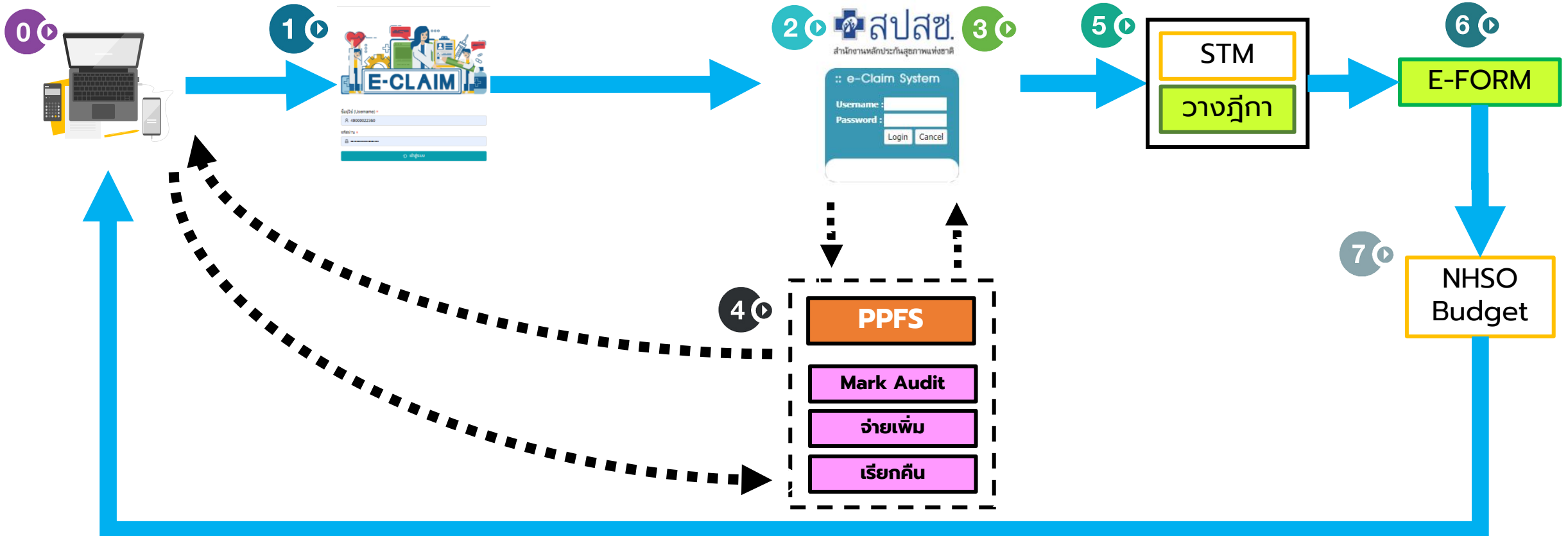
# 8. การทดสอบการตั้งครรภ์\*

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

e-Claim System

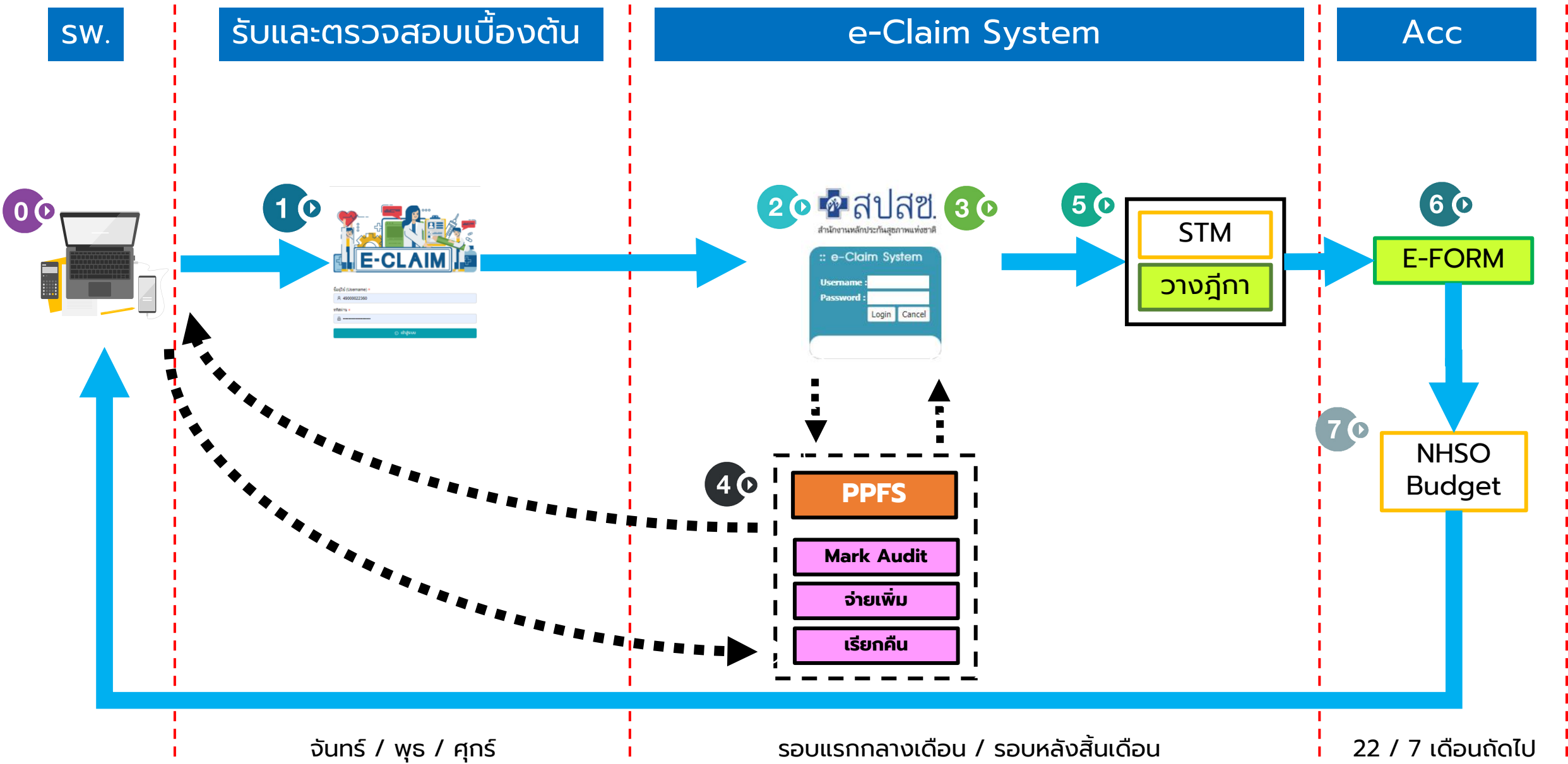
Acc



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย
9. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	ผู้มีสิทธิ	1. หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล 2. ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์ ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <u>หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผง และไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive – COC) ที่ให้แก่หญิงปกติทั่วไป เหมาะจ่ายในอัตรา 40 บาทต่อแผง</li> <li>1.2 สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill – POP) (มี Lynestrenol 0.5 mg.) ที่ให้แก่หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือนและผู้ที่มิมีประวัติไมเกรนแบบมีออร่า เหมาะจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อแผง</li> </ol> </li> <li>2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี</li> <li>3. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อแผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี</li> <li>4. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาะสมจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้งต่อปี <u>อัตรานี้รวมค่าถอดห่วงอนามัยออก</u></li> <li>5. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาะสมจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง ทุก 3 ปี <u>อัตรานี้รวมค่าถอดยาฝังคุมกำเนิดออก</u></li> </ol> </li> <li>■ <u>ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 10 บาทต่อครั้ง โดยจ่ายถุงยางอนามัยครั้งละ 10 ชิ้นต่อคนต่อสัปดาห์ ไม่เกิน 52 ครั้งต่อปี ** ขดเซยให้แก่หน่วยที่ไม่ได้รับเหมาะสมจ่ายรายหัว non capitation ได้แก่ ร้านยา คลินิกการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน (PP)</li> </ol> </li> </ul>

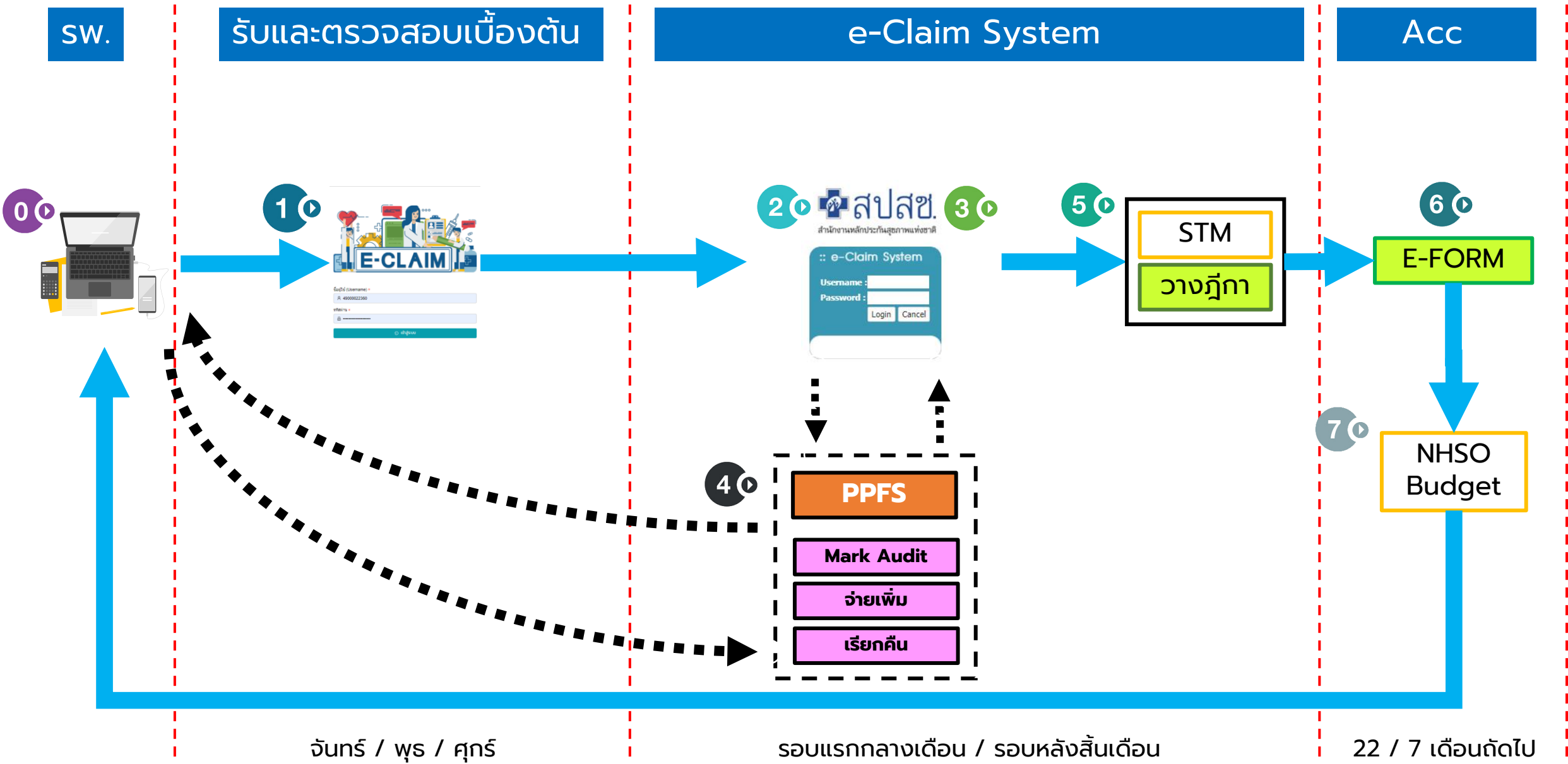


# 9. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราราย
10. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ด้วยวิธีการใช้ยา ( Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ใดอย่างใดอย่างหนึ่ง</li> <li>2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (เฉพาะหน่วยบริการเอกชน)</li> </ol>
	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยทุกอายุ ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา
	หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ ด้วยวิธีการใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) ใดอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบส่งต่อ รวมถึงการให้บริการกรณีผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว</li> <li>2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น</li> </ol>

# 10. บริการป้องกันการทุจริตการตั้งครุภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย



บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย
11. บริการแว่นตา สำหรับเด็กที่มีสายตา ผิดปกติ	<b>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ โดยการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ให้แว่นตาสำหรับเด็ก</li> <li>2. มีการตรวจติดตามหลังจ่ายแว่นตา 6 เดือน</li> <li>3. สปสช.จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข สำหรับเป็นค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามตามประเภทของเลนส์ที่ใช้</li> <li>4. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</li> </ol>
	<b>ผู้มีสิทธิ</b>	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	<b>หน่วยบริการ</b>	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ โดยให้บริการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน</li> <li>2. การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ หรือนักทัศนมาตร</li> <li>3. การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน</li> </ol>
	<b>อัตราจ่าย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี</li> <li>2. เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี</li> </ol>

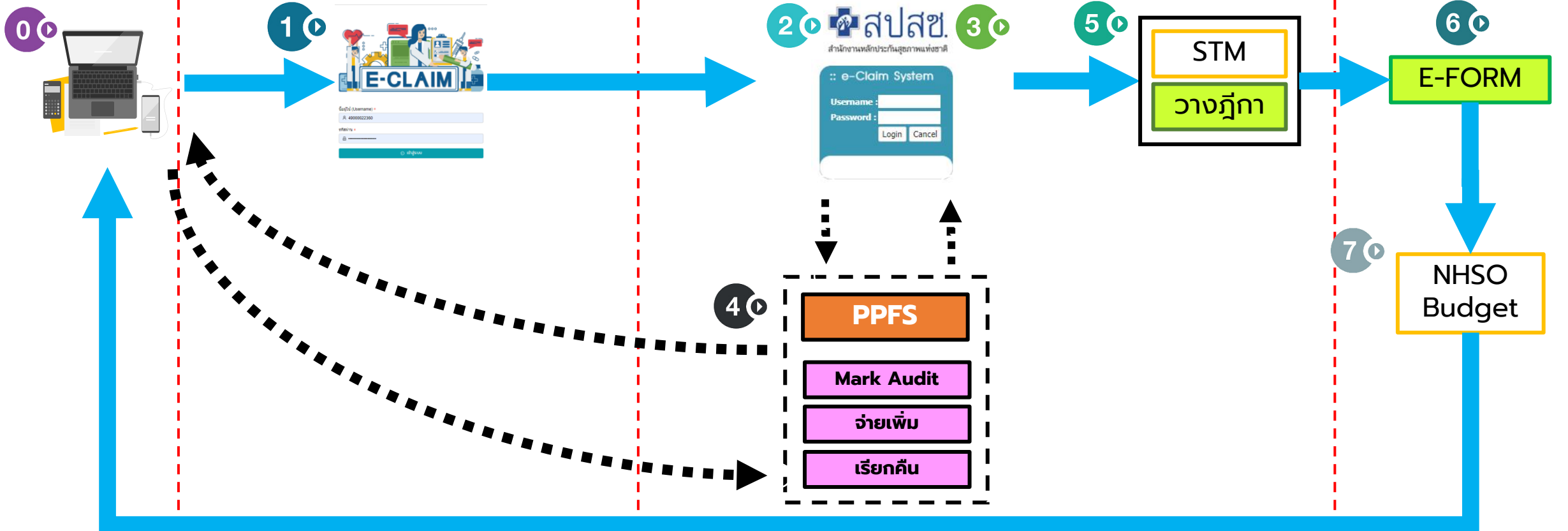
# 11. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

e-Claim System

Acc



จันทร์ / พุธ / ศุกร์

รอบแรกกลางเดือน / รอบหลังสิ้นเดือน

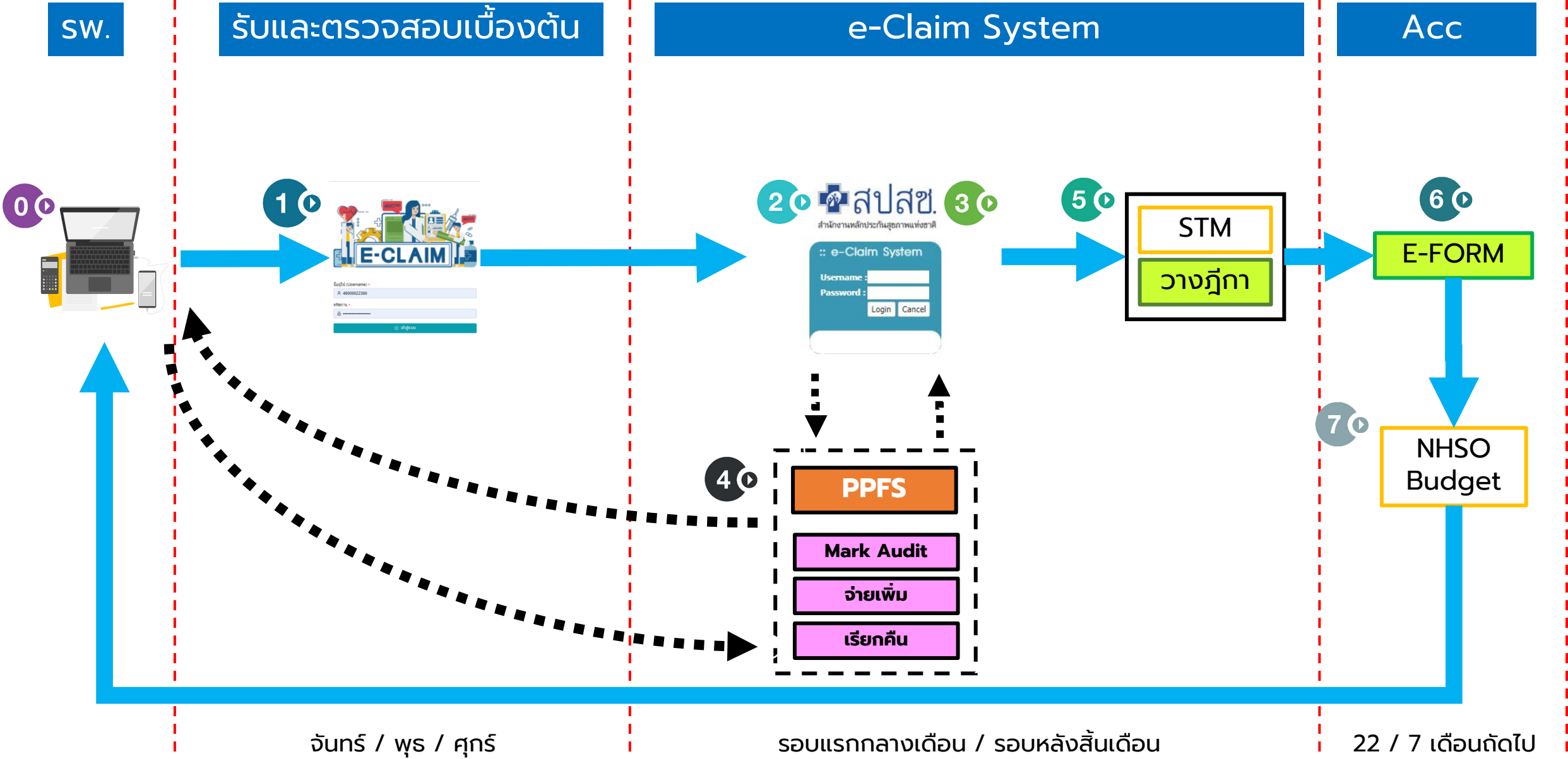
22 / 7 เดือนถัดไป

รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566

บริการ	หัวข้อ	
12. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก</li> <li>2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา</li> <li>3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</li> </ol>
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) โดยแพทย์ หรือทันตแพทย์
	อัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน



# 12. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)\*

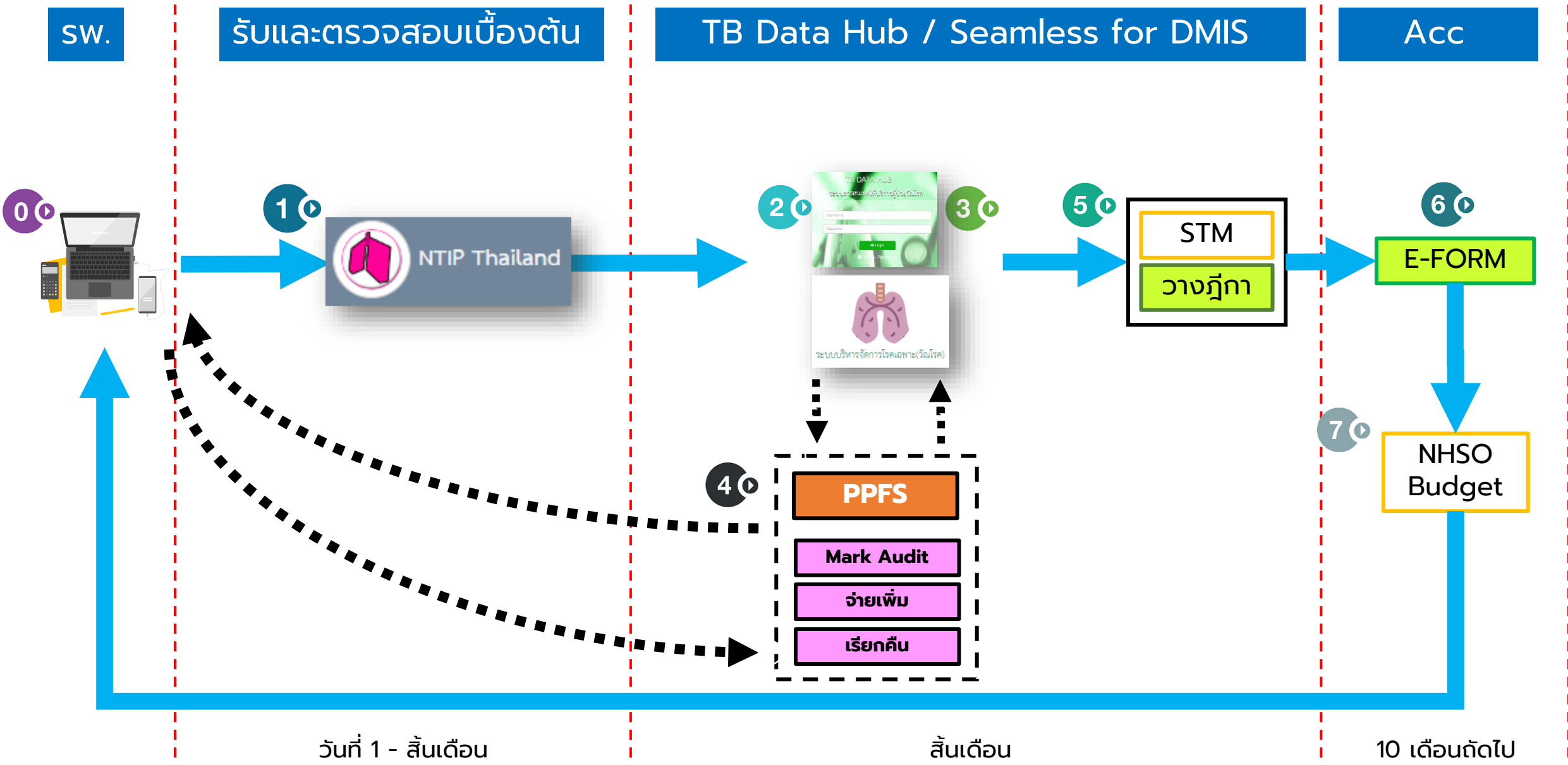


บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราราย
<p>13. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง</p>	<p>หลักเกณฑ์ เงื่อนไข</p>	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR)</p> <p>2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)</p> <p>3. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs</p> <p>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</p>
	<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด</li> <li>2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง</li> <li>3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี</li> <li>4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือ เท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน</li> <li>5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน</li> <li>6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง</li> <li>7) บุคลากรสาธารณสุข</li> </ol>
	<p>หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการ ที่สามารถให้บริการคัดกรองและค้นหาวัณโรค</p>

บริการ	หัวข้อ	
<p>13. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)</p>	<p>อัตราจ่าย</p>	<p>1.บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) <b>จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</b></p> <p>2.กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) <u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <p>2.1 TB-LAMP <b>จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง</b> หรือ</p> <p>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) <b>จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดี่ยว) อัตรา 100 บาทต่อครั้ง</li> </ul> <p>2.3 Real-time PCR MTB/MDR <b>จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง</li> </ul> <p>2.4 Line Probe Assay (LPA) <b>จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท ต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง</li> </ul>

บริการ	หัวข้อ	เงื่อนไข อัตราจ่าย
13. บริการ ตรวจคัด กรองและ ค้นหาวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยง สูง (ต่อ)	อัตราจ่าย (ต่อ)	3. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) <b>จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง</b> โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</li> <li>3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</li> </ul> 4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB <b>จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง</b> ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</li> <li>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี               <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค Solid media <b>จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง</b></li> <li>- เทคนิค Liquid media <b>จ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง</b></li> </ul> </li> </ul>

# 13. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

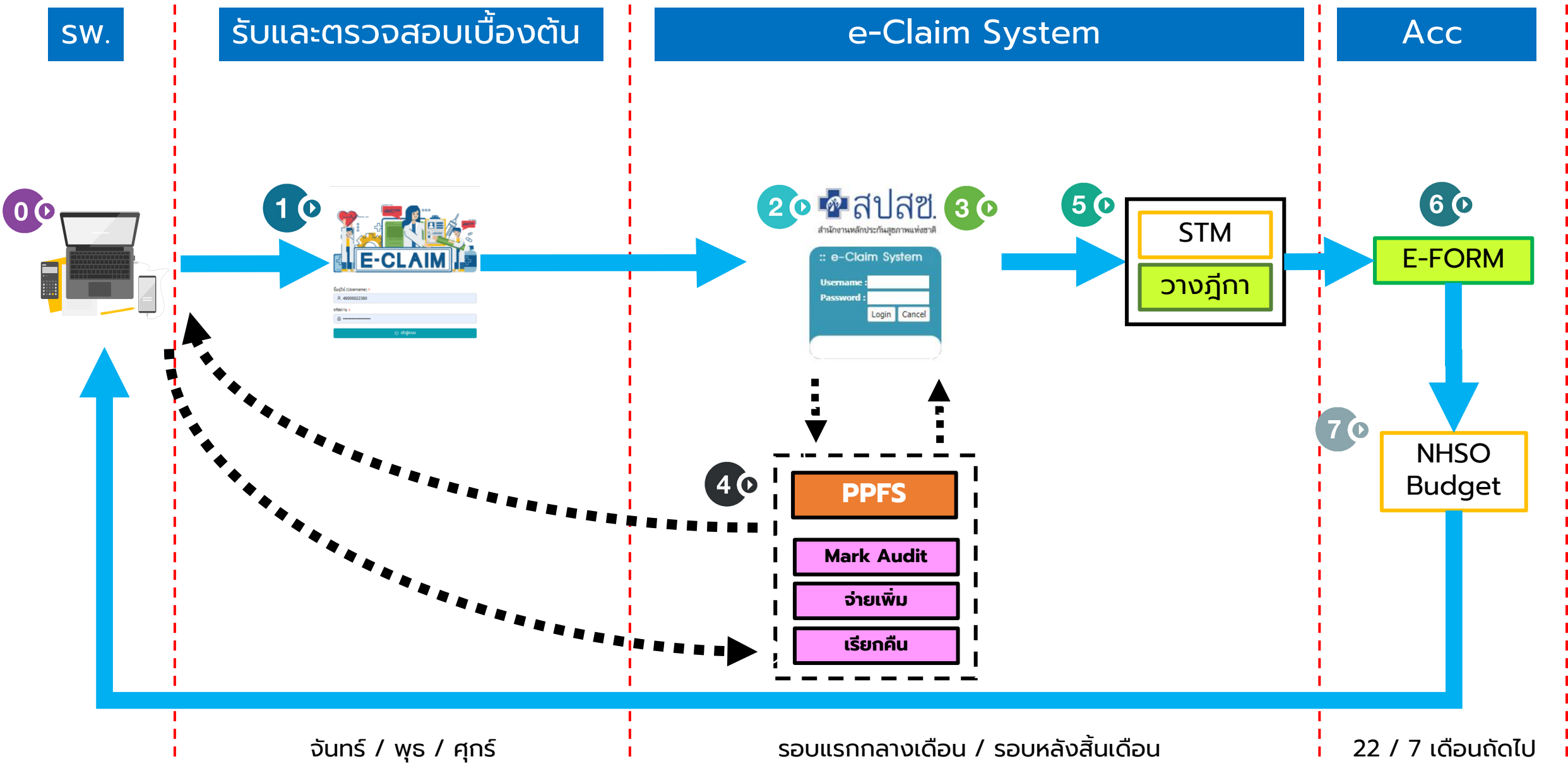






รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566

# 14. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต\*



บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ 2. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	ผู้มีสิทธิ	<p>ประชาชนไทย ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> 1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความเสี่ยงสูง 2. ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 ทั้งนี้เป็นไปตาม Guideline ข้อเสนอแนะการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและญาติสายตรงฯ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ดังนี้</p> 1) <u>หน่วยเก็บตัวอย่าง</u> : หน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2) <u>หน่วยตรวจยีน</u> : หน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ ภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ รพ. รามาธิบดี, รพ. จุฬาลงกรณ์, รพ. ศิริราช, สถาบันชีววิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, บี เอ็ม แอล คลินิกเทคนิคการแพทย์ บริษัท



One page BRCA1/BRCA2

รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566

บริการ

หัวข้อ

15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)

อัตราจ่าย

สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ในอัตรา 500 บาท

2. ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2

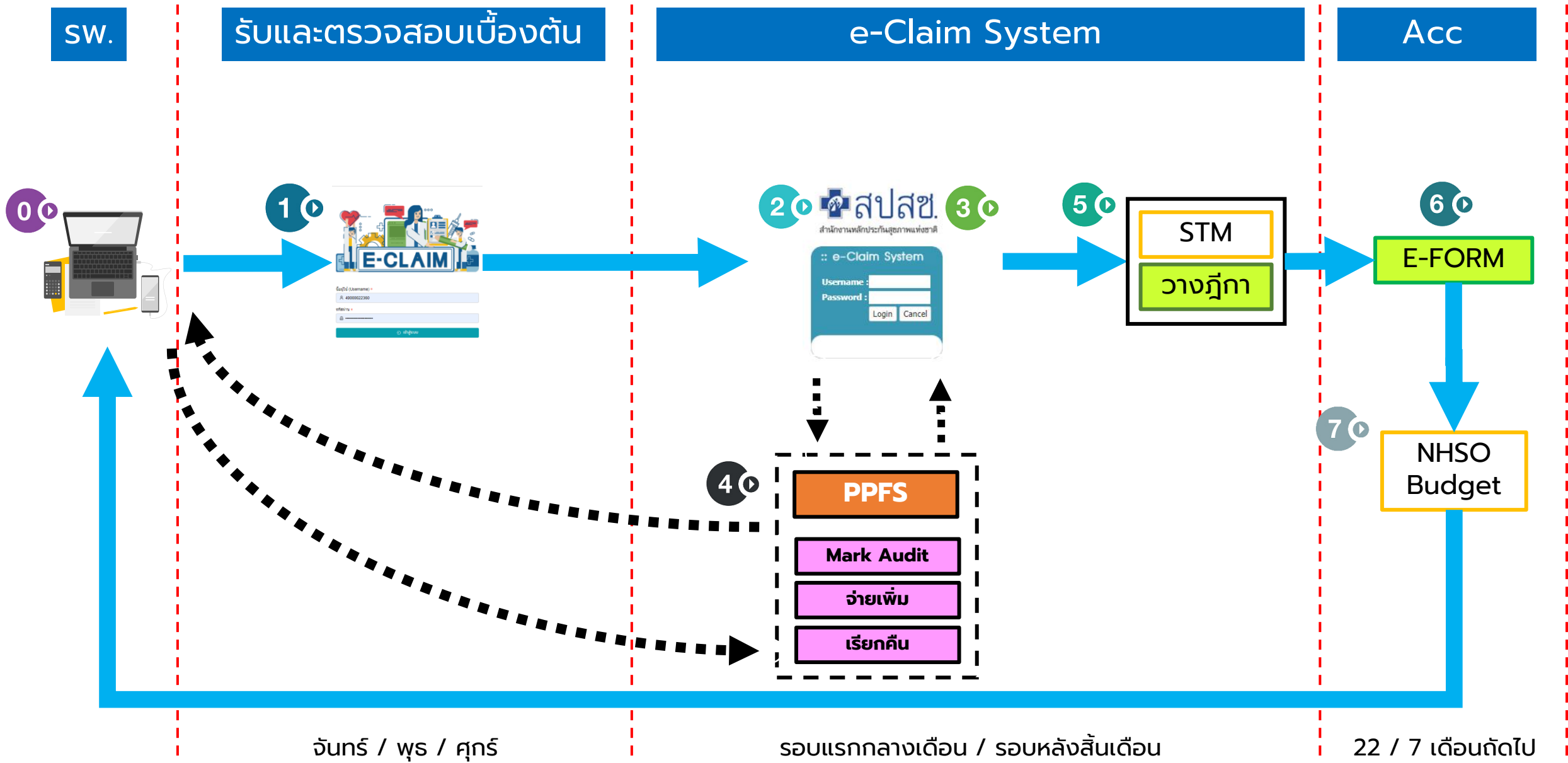
2.1) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท

2.2) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท

หน่วยประเมิน/ให้คำปรึกษา และหน่วยตรวจฯ ในเขต 10

ชื่อหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	บี เอ็ม แอล คลินิกเทคนิคการแพทย์ (N Health)
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	คลินิกเทคนิคการแพทย์ วิประกษิต (ATGENES)
โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คลินิกเทคนิคการแพทย์ วิประกษิต (ATGENES)
โรงพยาบาลมุกดาหาร	คลินิกเทคนิคการแพทย์ วิประกษิต (ATGENES)

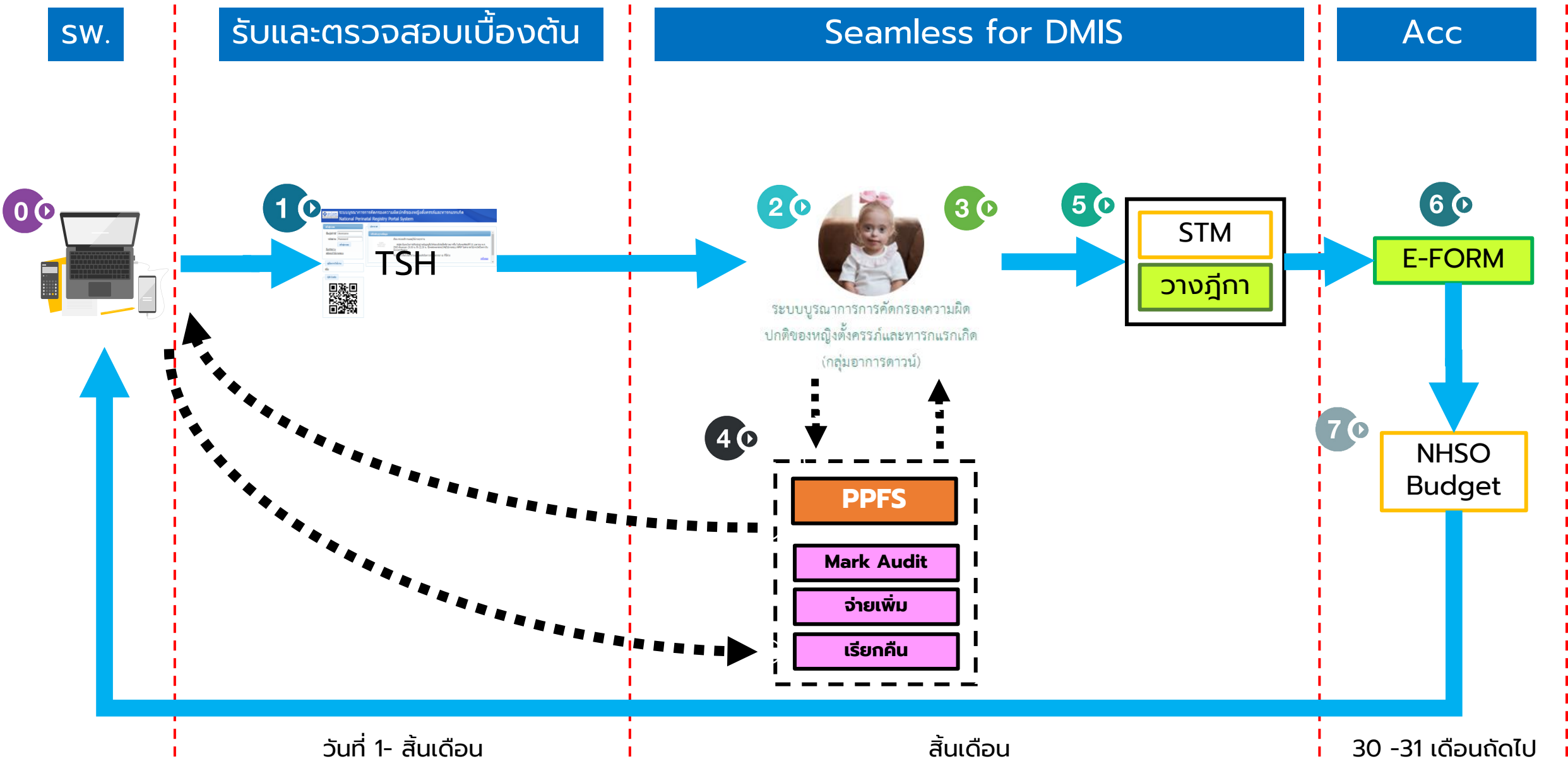
# 15. บริการตรวจยืนยัน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์\*



บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรค	ผู้มีสิทธิ	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
พันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ</p> <p>1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด</p> <p style="text-align: center;"><b>เขต 10 ส่งตรวจ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 10</b></p> <p>2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน / ประเมินความผิดปกติ</p>
	อัตราจ่าย	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <p>- ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง &gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt; จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน</p>

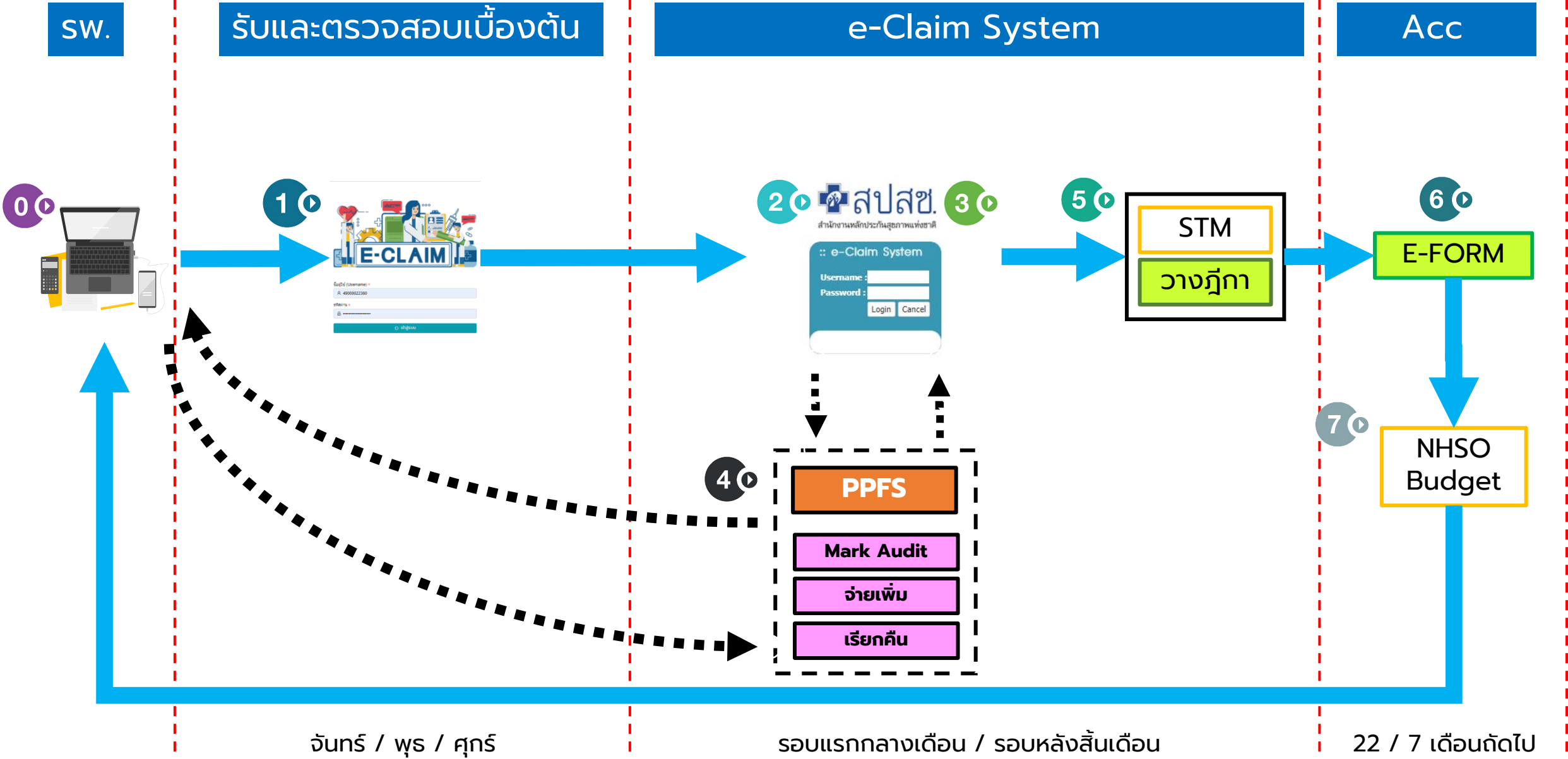


# 16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)\*



บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)</li> <li>2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</li> </ol>
	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
	อัตราจ่าย	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อชีวิต</li> </ul>

# 17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก\*



บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (Ferrofolic) (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) กรณีตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	<u>หน่วยบริการ</u> : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
	อัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี

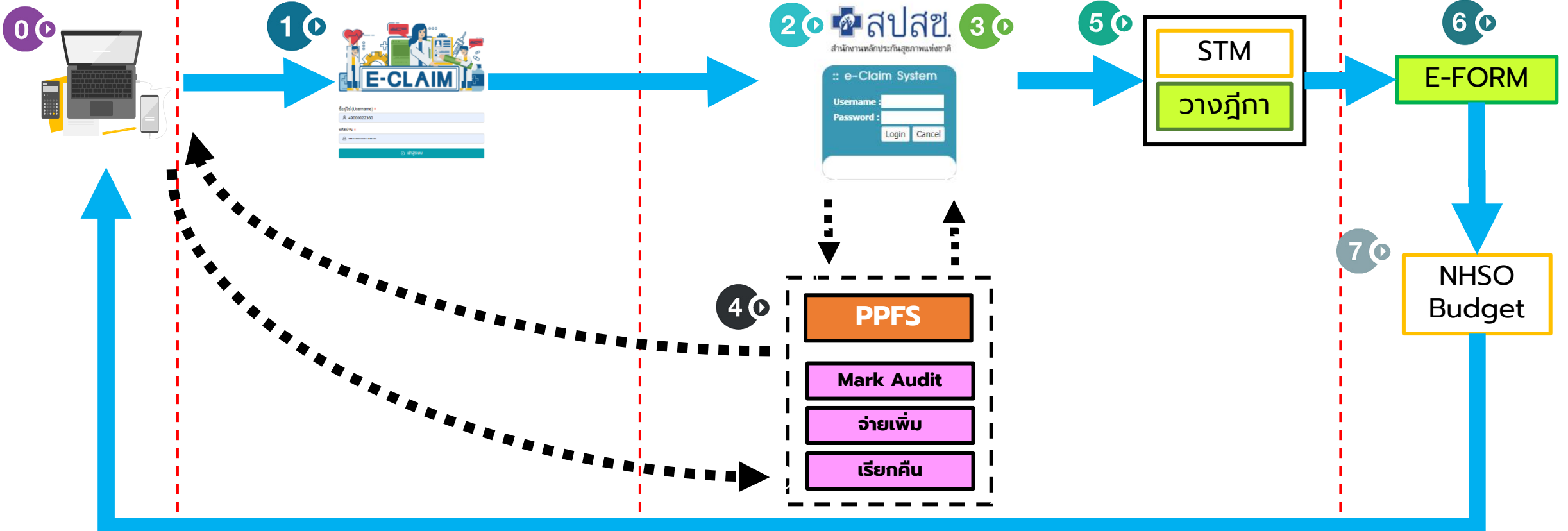
# 18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก\*

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

e-Claim System

Acc



จันทร์ / พุธ / ศุกร์

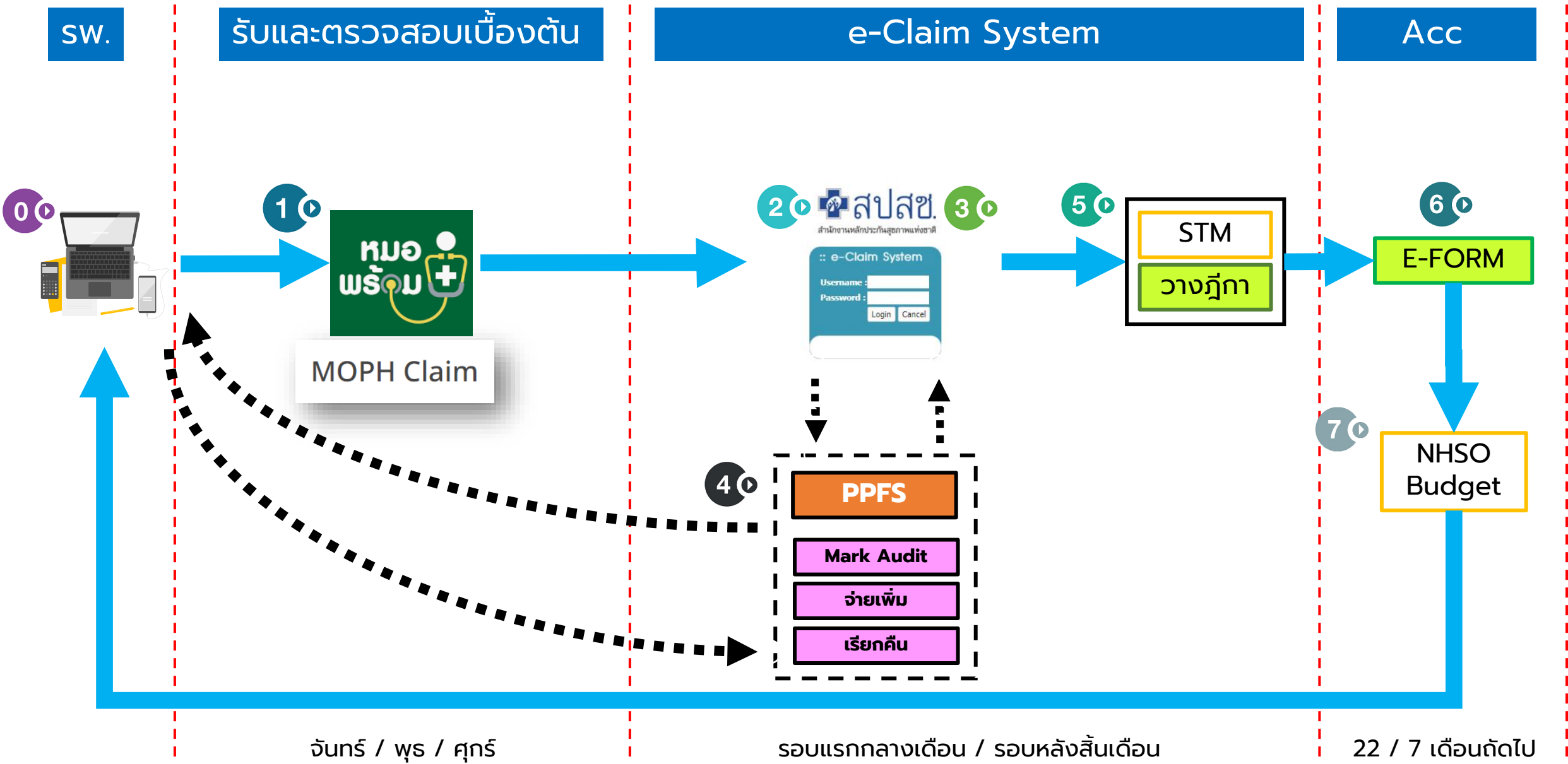
รอบแรกกลางเดือน / รอบหลังสิ้นเดือน

22 / 7 เดือนถัดไป

บริการ	หัวข้อ	รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566
19. บริการ วัคซีนคอตีบ- บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บริการฉีดวัคซีน คอตีบ – บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ แก่ประชาชนคนไทย ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยรับวัคซีน dT ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	ประชากรไทยอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วย บริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
	อัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการฉีดวัคซีน dT จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง

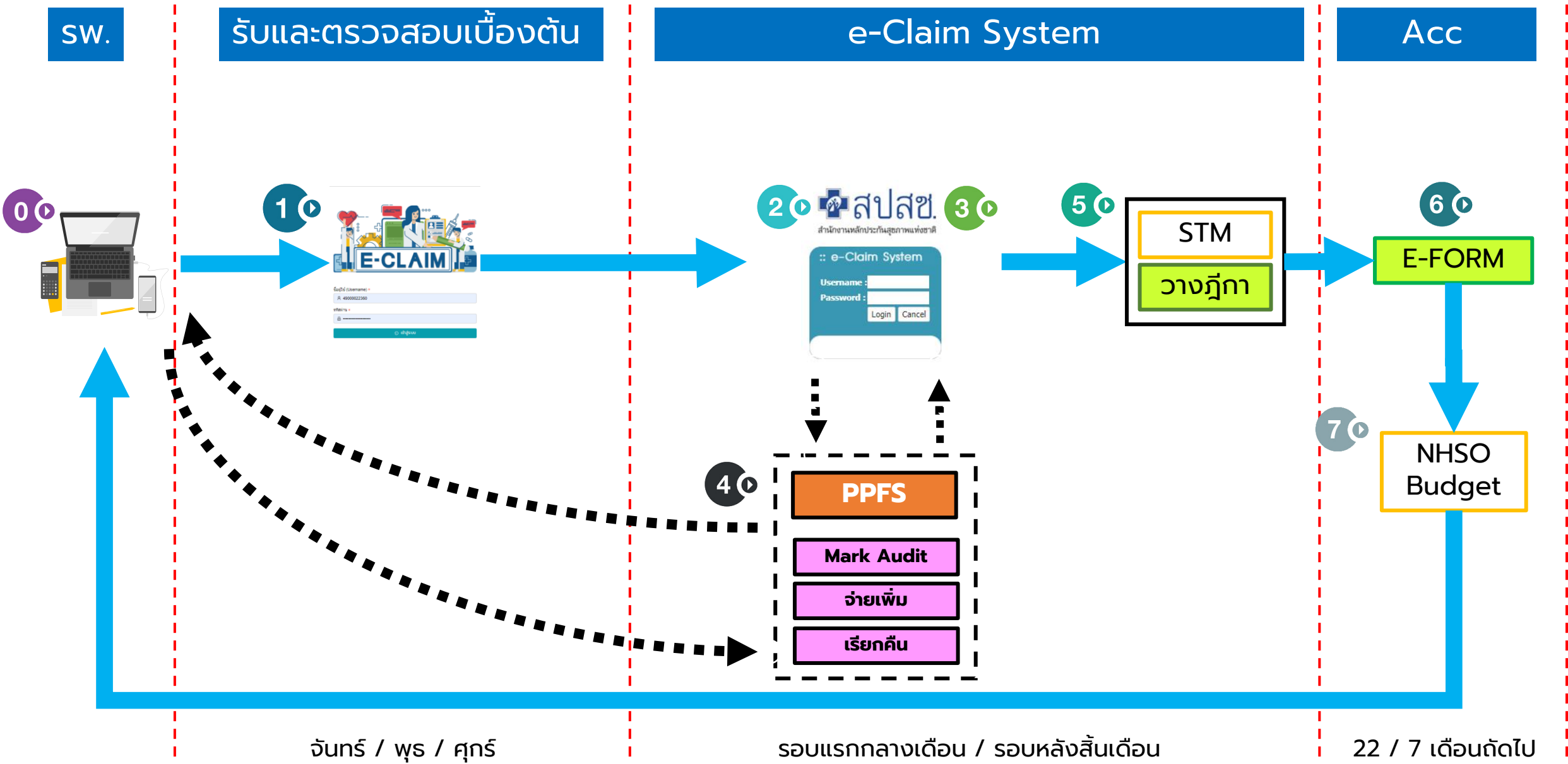


# 19. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่\*



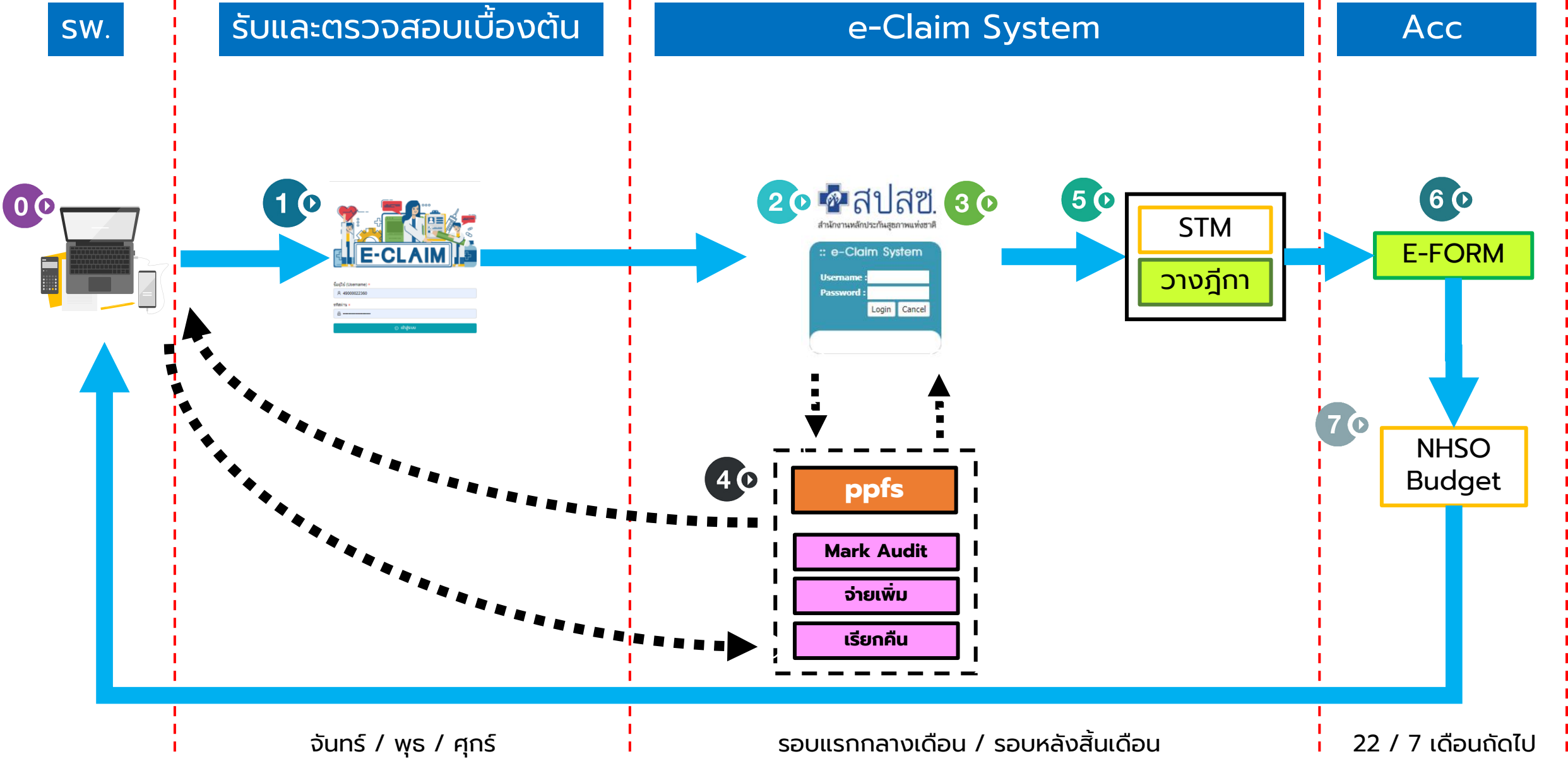
บริการ	หัวข้อ	ปี 2566
20. บริการ เคลือบ ฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือ จากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้ง ติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือ สาเหตุอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกกร่อน รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้
	อัตราจ่าย	ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี

# 20. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)\*



บริการ	หัวข้อ	
21. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี รวมถึงบริการให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ 2. รายที่ผลตรวจผิดปกติให้ได้รับการตรวจยืนยัน ด้วย Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
	อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง</li> <li>■ <u>กรณีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย FIT Test ผิดปกติ ให้คำปรึกษาและส่งตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วย Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy</u> ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายจากงบการรักษาของแต่ละกองทุนสิทธิ ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UCs บริการตรวจ Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy จ่ายตามระบบ ODS</li> </ul>

# 21. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)\*



รายการใหม่ ปีงบประมาณ 2566

บริการ	หัวข้อ	
22. บริการ วัคซีน วัคซีน ไขหวัด ใหญ่ตาม ฤดูกาล	หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. บริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม 2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)
	ผู้มีสิทธิ	ประชากรไทย ให้บริการทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม 1.หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป (ให้บริการตลอดทั้งปี) 2. เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปีทุกคน 3. ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน 4. บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 5. โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) 6. โรคอ้วน (น้ำหนัก > 100 กิโลกรัม หรือ BMI > 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 7. ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
	อัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้งต่อปี

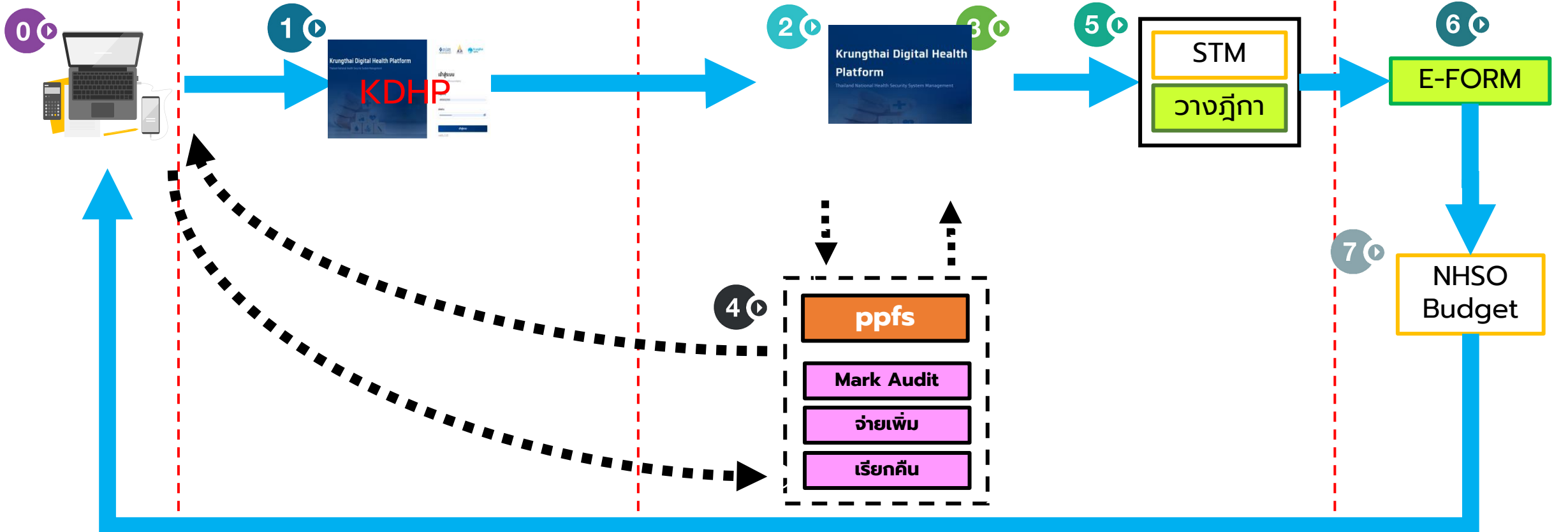
## 22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

SW.

รับและตรวจสอบเบื้องต้น

KDHP; krungthai Digital Health Platform

Acc



หลังจากให้บริการ

รอบแรกกลางเดือน / รอบหลังสิ้นเดือน

22 / 7 เดือนถัดไป



หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิ ที่เกิดก่อนปี <b>2535</b>
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อนปี <b>2535</b> ได้สิทธิ การตรวจคัดกรองจำนวน <b>1</b> ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน /หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง <b>HBsAg</b> ด้วยวิธี <b>Rapid test /Laboratory-based immunoassays</b> <b>เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน</b>
โปรแกรม	เขต <b>1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม <b>Krungthai Digital Health Platform</b>

# Flow การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

ปชช. ทั่วไปที่เกิดก่อนปี 2535



ยืนยันตัวตน / ตรวจสอบการใช้สิทธิซ้ำ

Krungthai Digital Health Platform

Thailand National Health Security System Management

รพสต. / รพช / รพท / รพศ



/ คลินิกเวชกรรม

การบันทึกข้อมูล  
การเบิก HbsAg

เจาะเลือดตรวจหา HBsAg

Krungthai Digital Health Platform

**Negative**

- แนะนำตรวจ Anti-HBs
- แนะนำวัคซีน Hep B vaccine

**Positive**

- ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อตรวจประเมินก่อนการรักษา
- แนะนำคนในครอบครัวมาตรวจคัดกรอง

ส่งต่อ

รพช. รพท. รพศ  
ตรวจยืนยัน / ตรวจประเมิน / รักษาด้วยยา  
(เบิกจากเหมาจ่าย)

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2. บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ซี

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13	รายการเงื่อนไขใหม่
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยกลุ่มที่เกิดก่อนปี 2535 ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ทุกสิทธิ	
ขอบเขตบริการ	การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ซี <b>1. ประชากรที่เกิดก่อนปี 2535</b> ได้สิทธิ การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต <b>2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม</b> ได้รับสิทธิ 1 ครั้ง/ ปี ได้แก่ <b>1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)</b> <b>2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</b> <b>3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)</b> <b>4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel)</b> <b>5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)</b>	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ <b>1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี</b> ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน /หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) <b>2.ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี</b> ได้แก่ รพช./รพท./รพศ.	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<b>1.ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ</b> <b>1.1</b> สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหม่าจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน <b>1.2</b> สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหม่าจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี <b>2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ซี</b> <b>2.1 HCV core antigen</b> จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง หรือ <b>2.2 HCV RNA</b> จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง	
โปรแกรม	<b>1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี : เขต 1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB <b>2. ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ซี: เขต 1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim	

# Flow การบริการการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

การคัดกรองในปชช. ทั่วไปที่เกิดก่อนปี 2535 / กลุ่มเสี่ยง



ตรวจคัดกรอง



รพสต. / คลินิกเวชกรรม

Anti-HCV / Rapid test

Negative

- แนะนำการป้องกันโรค
- กรณีกลุ่มเสี่ยงแนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปีที่รพ.แม่ข่าย

Positive

ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อ  
ตรวจยืนยันและเข้าสู่การรักษา

ตรวจคัดกรอง



รพช./รพท/รพศ

Anti-HCV / Rapid test

Negative

- แนะนำการป้องกันโรค
- กรณีกลุ่มเสี่ยงแนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปี

Positive

ส่งตรวจยืนยันและเข้าสู่การรักษา

การประเมินและรักษา



รพช./รพท/รพศ

ส่งตรวจยืนยัน ด้วย HCV core antigen , HCV RNA

Non Reactive / Undetectable

แนะนำป้องกันโรค , แนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปี

Reactive / Detectable

ประเมินสภาพตับ APRI / FIB4 Score

มีตับแข็ง

- ปรีกษา ผชช.

ไม่มีตับแข็ง

- 1.รักษา 12 week Sof / Vel / Riba
- 2.ส่งประเมินหลังรักษา HCV RNA



# อัตราชดเชย กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี

สำหรับประชาชนกลุ่มอื่นที่มีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) ให้เบิกจากงบเหมาจ่ายรายหัวของแต่ละกรณี

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
1 การตรวจคัดกรอง <b>Anti HCV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapid Test</b></li> <li>• เครื่องอัตโนมัติ</li> </ul>	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	50 บาท / ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปชช ที่เกิดก่อน<b>2535 1</b> ครั้งตลอดชีวิต</li> <li>• กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง</li> </ul>	<b>KTB Platform</b>
2 การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCV core antigen</b></li> <li>• <b>HCV RNA (quantitative or quantitative)</b></li> </ul>	ทุกสิทธิ	400 บาท/ ครั้ง <b>1,690</b> บาท/ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปชช ที่เกิดก่อน<b>2535 1</b> ครั้งตลอดชีวิต</li> <li>• กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง</li> </ul>	<b>e-Claim/API</b>
3 ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APRI score</b></li> <li>• <b>FIB-4 score</b></li> <li>• การตรวจ <b>transient elastography</b></li> <li>• <b>fibro marker panel</b></li> </ul>	UC	200 บาท/ ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปชช ที่เกิดก่อน<b>2535 1</b> ครั้งตลอดชีวิต</li> <li>• กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง</li> </ul>	<b>e-Claim/API</b>
4 ยาเพื่อการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sofosbuvir + Velpatasvir</b> และ หรือ ยา <b>Ribavirin</b></li> </ul>	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์ตามไกด์ไลน์และบัญชียาหลัก	โปรแกรมระบบบัญชียา จ(2)
5 การตรวจประเมินผลการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCV core antigen</b></li> <li>• <b>HCV RNA (quantitative or quantitative)</b></li> </ul>	UC	400 บาท/ ครั้ง <b>1,690</b> บาท/ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปชช ที่เกิดก่อน<b>2535 1</b> ครั้งตลอดชีวิต</li> <li>• กลุ่มเสี่ยง ปี ละครั้ง</li> </ul>	<b>e-Claim/API</b>

PP

รักษา

# อัตราชดเชย กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเป้าหมาย	รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
กลุ่มเสี่ยง 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)	ตรวจคัดกรอง <b>Anti HCV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapid Test</b></li> <li>• เครื่องอัตโนมัติ</li> </ul>	คนไทยทุกสิทธิ	50 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	<b>KTB Platform</b>
	การตรวจยืนยันการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCV core antigen</b></li> <li>• <b>HCV RNA (quantitative or quantitative)<sup>1</sup></b></li> </ul>	ทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	<b>e-Claim/API</b>
	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APRI score</b></li> <li>• <b>FIB-4 score</b></li> <li>• การตรวจ <b>transient elastography</b></li> <li>• <b>fibro marker panel</b></li> </ul>	UC	200 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	<b>e-Claim/API</b>
	ยาเพื่อการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sofosbuvir + Velpatasvir</b> และ หรือ ยา <b>Ribavirin</b></li> </ul>	UC	ชดเชยเป็นยา	ตามไกด์ไลน์และบัญชียาหลัก	โปรแกรมระบบบัญชียาจ(2)
	การตรวจประเมินผลการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCV core antigen</b></li> <li>• <b>HCV RNA (quantitative or quantitative)<sup>1</sup></b></li> </ul>	UC	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	<b>e-Claim/API</b>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3. บริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี **ซี** บันทึกผ่านโปรแกรม **e-Claim**



**รายการ  
เงื่อนไขใหม่**

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยกลุ่มที่เกิดก่อนปี <b>2535</b> ประชากรกลุ่มเสี่ยง <b>5</b> กลุ่ม ทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	<p>การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี <b>ซี</b> สำหรับผู้ที่มีผลตรวจ <b>Anti HCV</b> เป็นบวก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ประชากรที่เกิดก่อนปี 2535</b> ได้สิทธิ การตรวจคัดกรอง จำนวน <b>1</b> ครั้งตลอดชีวิต</li> <li><b>2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม</b> ได้รับสิทธิ <b>1</b> ครั้ง/ ปี ได้แก่                         <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)</b></li> <li><b>2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</b></li> <li><b>3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)</b></li> <li><b>4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel)</b></li> <li><b>5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)</b></li> </ol> </li> </ol>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี <b>ซี</b>
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี <b>ซี</b> ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.1 HCV core antigen</b> จ่ายในอัตรา <b>400</b> บาทต่อครั้ง <b>หรือ</b></li> <li><b>1.2 HCV RNA (Quantitative และ Qualitative)</b> จ่ายในอัตรา <b>1,690</b> บาทต่อครั้ง</li> </ol> </li> </ol>
โปรแกรม	<b>1. ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี <b>ซี</b>: เขต 1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม <b>e-Claim</b>



# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4. บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	บริการชุดตรวจ <b>HIV self-screening Test : HIVSST</b> พร้อมบริการให้คำปรึกษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ได้แก่ <b>1.หน่วยบริการปฐมภูมิ</b> <b>2./รพช./รพท./รพศ.</b> <b>3.หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน</b> <b>4.หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม)</b> <b>5.หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR ,HTC ,CSO ,PrEP/PEP</b>
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	บริการ ค่าชุดตรวจ <b>HIV self-screening Test : HIVSST</b> รวมค่าบริการให้คำปรึกษา <b>เหมาจ่ายอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน</b>
โปรแกรม	เขต <b>1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม <b>Krungthai Digital Health Platform</b>

# ภาพรวมการจัดบริการชุดตรวจคัดกรอง HIV self-screening Test

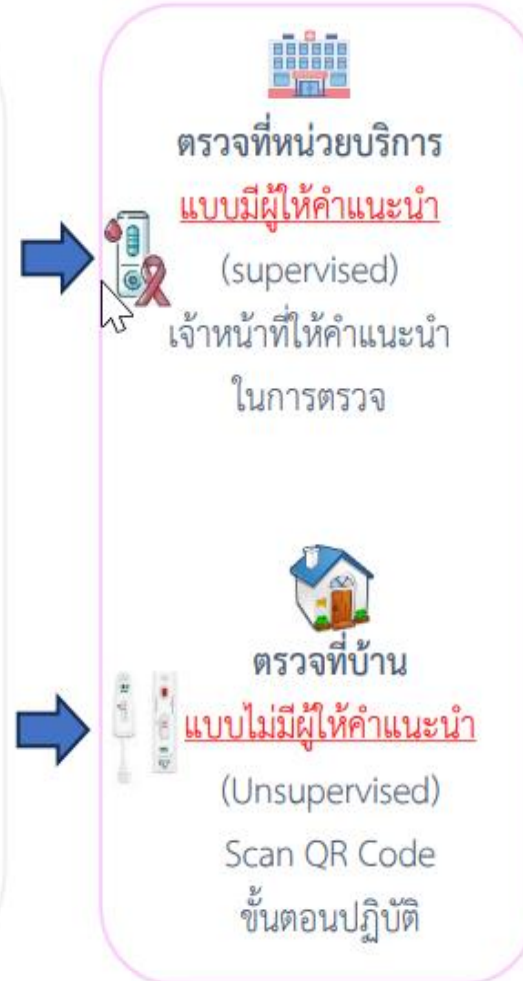
## กลุ่มประชากรและการเข้าถึงชุดตรวจ



## การความรู้และอุปกรณ์

- บริการความรู้และอุปกรณ์
1. ความรู้
    - 1.1 ข้อแนะนำการใช้ HIVST
    - 1.2 ช่องทางการเข้าถึงชุดความรู้เรื่อง HIVSST
    - 1.3 เรื่องโรค HIV STI
    - 1.4 สิทธิประโยชน์และการเข้ารับบริการ
    - 1.5 การรับรู้สถานะการติดเชื้อ
    - 1.6 PrEP PEP
  2. บริการอุปกรณ์
    - 2.1 ชุดตรวจ HIVST
    - 2.2 ถังยางอนามัย
    - 2.3 สารหล่อลื่น

## วิธีการตรวจคัดกรอง



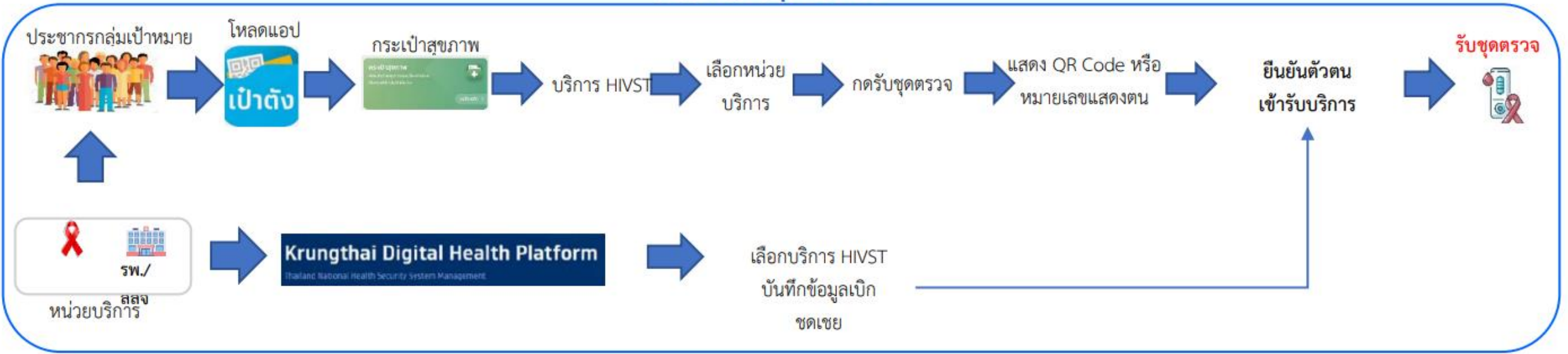
## การแปลผล

- Non Reactive ไม่มีปฏิกิริยา
- คัดกรองซ้ำ
  - รับบริการถุงยางและ PrEP, PEP
- Reactive มีปฏิกิริยา
- ตรวจยืนยันที่หน่วย VCT Clinic
  - เข้าสู่ระบบการรักษา
- Invalid ไม่สามารถแปลผลได้
- ตรวจยืนยันที่หน่วย VCT Clinic
  - ทดสอบใหม่โดยเปลี่ยนชุดตรวจ

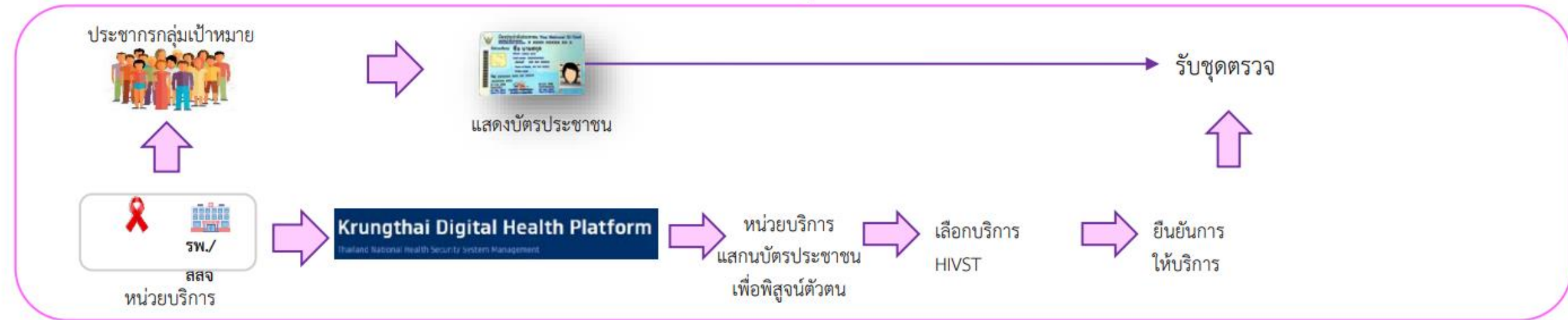


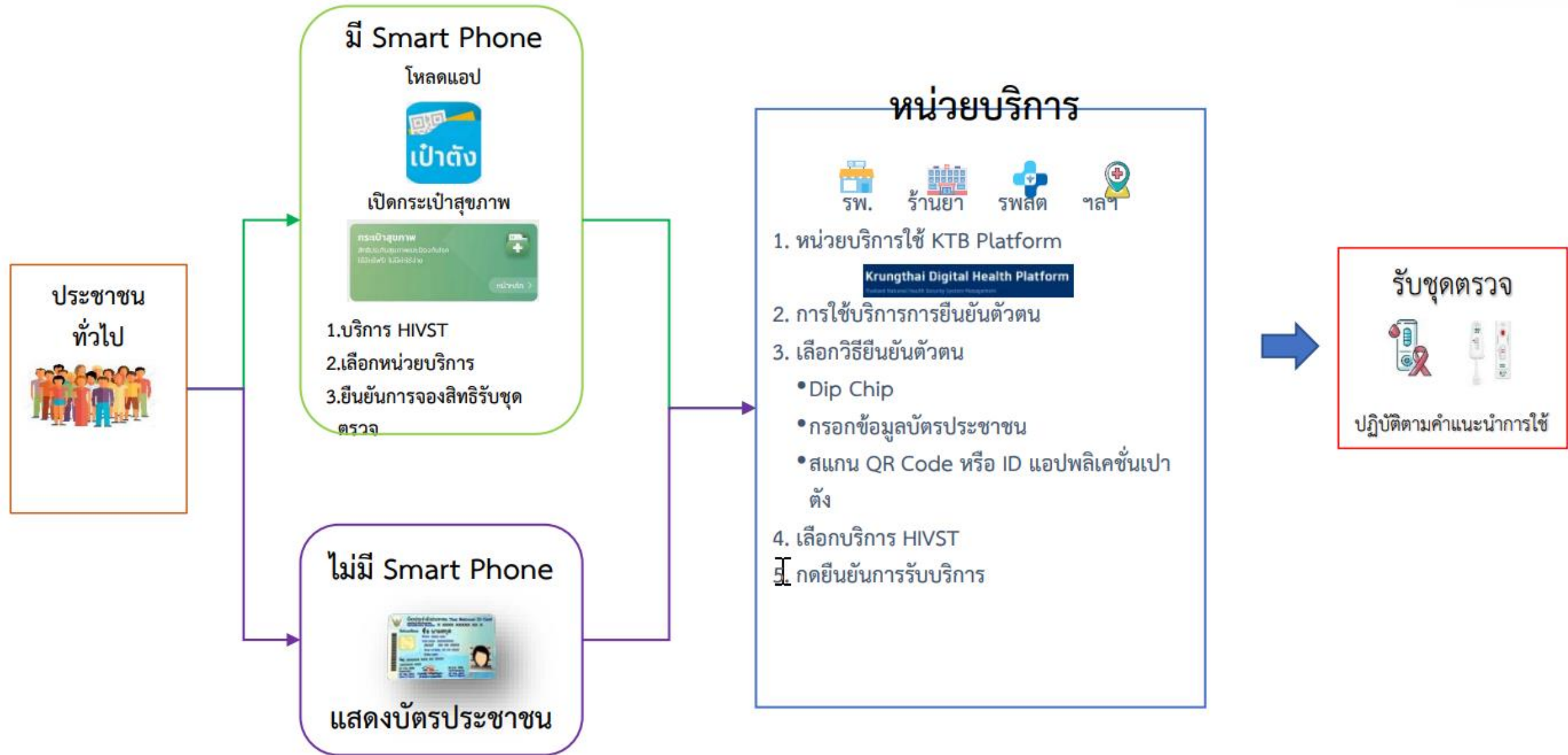
# ขั้นตอนการเข้ารับบริการชุดตรวจคัดกรอง HIV self-screening Test กรณีบริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการ

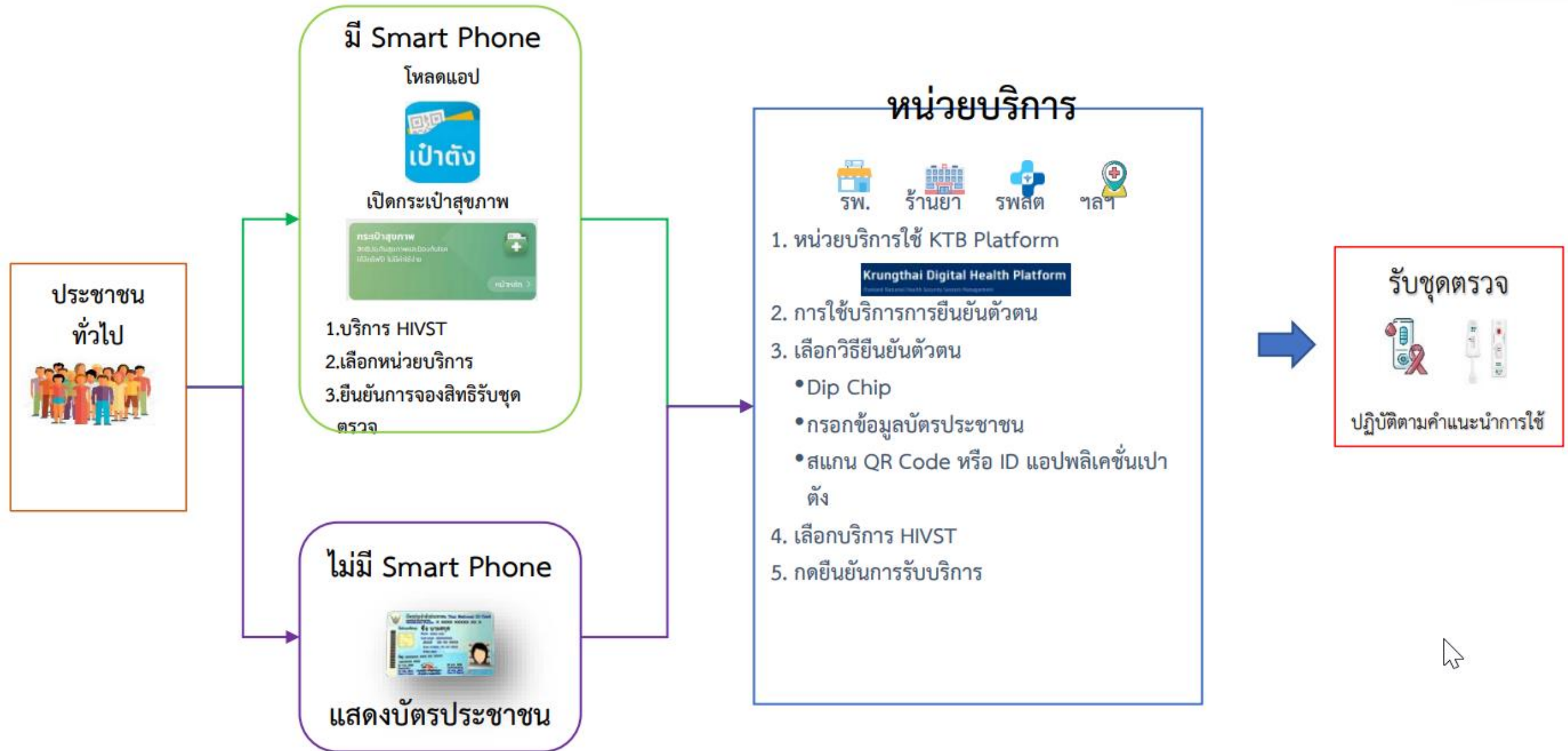
## มี smart phone



## ไม่มี smart phone



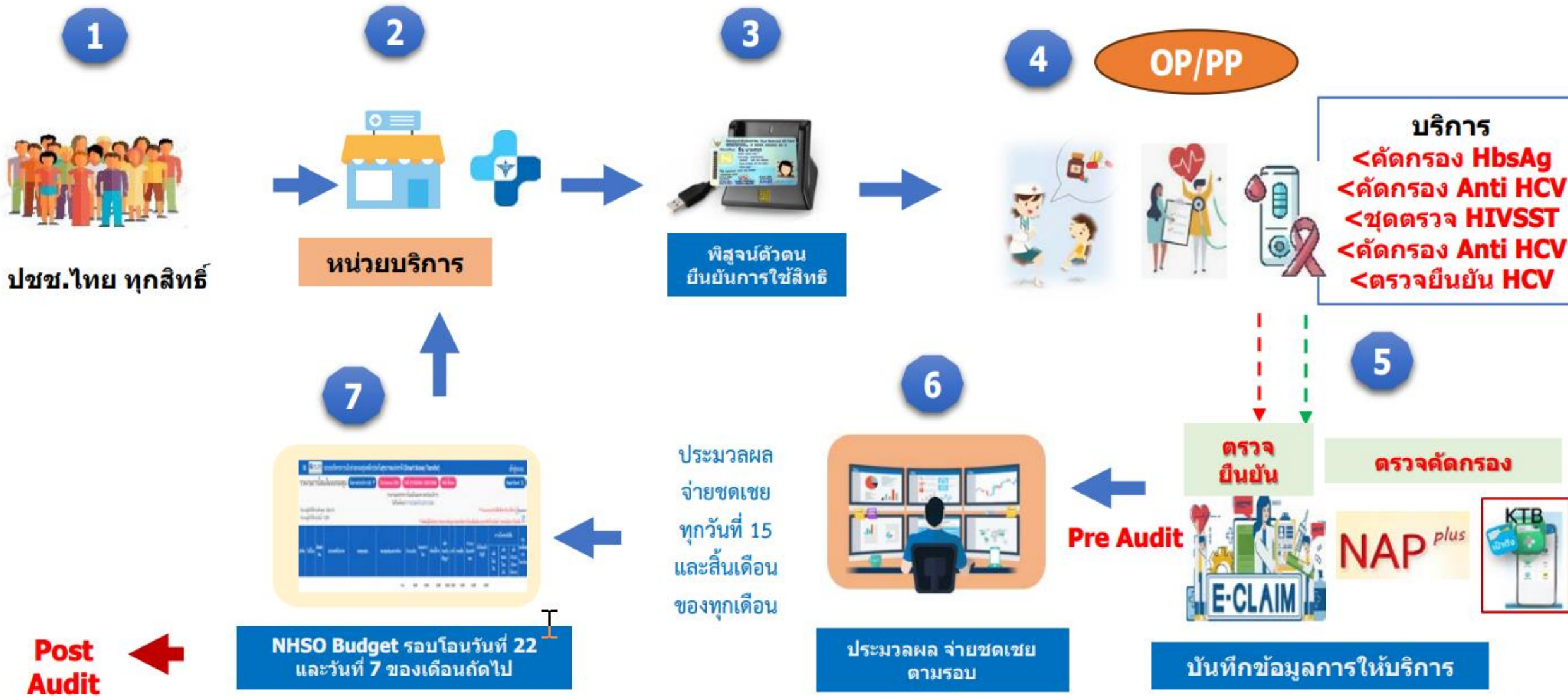






หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13	รายการ เงื่อนไขใหม่
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ทุกสิทธิ	
ขอบเขต บริการ	การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี <b>1. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้รับสิทธิ ทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง ได้แก่</b> <b>1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)</b> <b>2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</b> <b>3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)</b> <b>4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel)</b> <b>5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)</b>	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และมีบทบาทการบันทึกข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม <b>NAP</b> ได้แก่ รพช.,รพท. และ รพศ. รวมทั้ง <b>UHOSNET</b>	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	<b>1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test / เครื่องอัตโนมัติ</b> - สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหม่าจ่ายอัตรา <b>50</b> บาทต่อครั้ง/คน/ปี	
โปรแกรม	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี : เขต <b>1-13</b> บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม <b>NAP</b> (กลุ่มเสี่ยง)	

# กระบวนการให้บริการ





- หน่วยบริการสามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี, บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ปีงบประมาณ 2566

**\*\* โดยมีผลกับข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2566 เป็นต้นไป**


- หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรม KTB

**\*\* ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป**

# กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ปี 66 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

รายการใหม่

บริการ	หัวข้อ	เดิม_ปี 2565	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2566
บริการฉีดวัคซีน EPI	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการวัคซีน EPI Routine (ตามกลุ่มวัย) และ วัคซีนเก็บตกระหว่างรอบ</li> <li>2. บริการวัคซีน Rotavirus ในเด็กอายุ 2, 4 เดือน</li> <li>3. บริการวัคซีน EPI นักเรียน (ป.5, ป.6) และวัคซีนเก็บตก ( ป.1)</li> <li>4. บริการวัคซีน HPV นักเรียนหญิงชั้น ป.5 (อายุ 9-14 ปี) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ห่างจากเข็มแรก 6 เดือน</li> </ol> <p>2. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (ทุกแห่ง)</p>
	ผู้มีสิทธิ	-	ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล 1. กลุ่มเด็กแรกเกิด – 5 ปี 2. กลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา
	หน่วยบริการ	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้</li> <li>- หน่วยบริการเบิกจ่าย วัคซีน ตามระบบ VMI</li> </ul>
	อัตราจ่าย	-	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการฉีดวัคซีน EPI จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง</li> </ul>
	โปรแกรม	-	1. หน่วยบริการ: บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบหมอพร้อมเป็นรายเดือน

 <span>สปสช.</span> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รายการ	โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกเพื่อ ขอรับเงินชดเชยจากสปสช	การออกรายงาน
Fee Schedule 14 รายการ	โปรแกรม Eclaim/KTB	Eclaim (stmUC)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>-บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>-บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</li> </ul>	โปรแกรม NPRP	Seamless for DMIS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด</li> <li>-บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)</li> </ul>	โปรแกรม TSH	Seamless for DMIS	
บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	โปรแกรม NTIP	TB data hub / Seamless for DMIS	
-บริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่	บันทึกใน KDHP	KDHP	
-วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ <b>**บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI</b>	บันทึกใน หมอพร้อม	Eclaim (stmUC)	

เยี่ยมอุบล สุขเสริม  
0901975218  
(IdLine)

