



## การบริหารจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2566

นำเสนอการประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการกองทุน ประจำปี  
งบประมาณ 2566  
วันที่ 25 ตุลาคม 2565

ผู้นำเสนอ

นายสุริยัน สกกุลศิริไพบูลย์

ผู้จัดการกลุ่มภารกิจ การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

ผู้นำเสนอ

นายจักริน ประโหมงเขต

นักบริหารงานการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

# การบริหารกองทุนฯ ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
<p>หมวด 12 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&amp;P National priority program and central procurement)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายการบริการ PP Fee Schedule จำนวน 23 รายการ</li> <li>2. กำหนดให้มีระบบการพิสูจน์ตัวบุคคลในการเข้ารับบริการ และระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย</li> <li>3. รายการบริการที่มีอยู่แล้วและอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวแล้ว ได้แก่ คัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดทุกราย การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ บริการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน บริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด</li> <li>4. รวมบริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด ในงบเหมาจ่ายรายหัว</li> <li>5. เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยให้บริการที่ร้านยา/คลินิกพยาบาล/หน่วยบริการ NonCap เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาคุมฉุกเฉิน ฤงยางอนามัย และบริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการสัมภาษณ์ และเจาะ fasting-DTX</li> <li>6. เพิ่มบริการสายด่วนเลิกบุหรี และสายด่วนสุขภาพจิต ในงบ NPP</li> </ol>

## 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 (29.44บาท/คน)

- 1.) Central Procurement & NPP
  - วัคซีน: EPI วัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีน HPV วัคซีน Rotavirus
  - ยายุติการตั้งครรภ์
  - ฤงยางอนามัย
- 2.) NPP
  - สมุดบันทึกสุขภาพ
- 3) โครงการเพิ่มความสะอาดและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ
  - สายด่วนสุขภาพจิต
  - สายด่วนเลิกบุหรี่

### PPA (4บาท/คน)

- 1.) จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ ฯ
- 2.) ให้ สปสช.เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ การกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย และการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนดโดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

### P&P basic service (289.12บาท/คน)

#### การจัดสรรงบประมาณ

- 1.) จำนวน 229.55 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมคัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดทุกราย การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ บริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด บริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยคำนวณ ดังนี้
  - 65 % เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
  - 35 % เหมาจ่ายตาม Workload เดือน เมย.64-มีค.65 หรือที่เป็นปัจจุบัน
- 2.) จำนวนที่เหลือ 59.45 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 23 รายการ (เน้นกลุ่มวัยทำงาน) โดยทุกรายการต้องมีระบบ Authentication และระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต

#### การบริหารการจ่าย

- 1.) กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. การพิจารณาจัดสรรแบบเหมาจ่ายในลักษณะ step ladder
- 2.) กรณีเงินเหลือจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย 35 % และ FS กลุ่มหน่วยบริการนอกสธ. ให้ดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการงบประมาณเงินกองทุน
- 3.) ทุกเขตพื้นที่ สามารถปรับอัตราการจัดสรรรายหัว หรือจ่ายตามผลงานบริการหรือทั้งสองกรณี ตามหลักเกณฑ์ ที่สปสช.กำหนด
- 4.) เพิ่มกลไกการบริหารงบประมาณ และมาตรการกำกับ ติดตามให้สิทธิ Non UC เข้าถึงบริการมากขึ้น

## 1. Central Procurement & NPP

## 2. PPA

## 3. P&P basic services

### 3.1 P&P capitation

### 3.2 P&P Fee Schedule

- 1) **ย้าย** การจ่ายค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ไปจ่ายในรายการ PP FS
- 2) **เพิ่ม** สายด่วนสุขภาพจิต และสายด่วนเลิกบุหรี่

- จ่ายตามโครงการบริการ PP โดยมีการจัดทำข้อตกลงหรือสัญญา กับหน่วยงาน หรือองค์กร ที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนด

#### Capitation

- 1) **ยกเลิก** บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test กลุ่มอายุ 50 – 70 ปี (นำไปจ่ายในรายการ PP FS)
- 2) **ปรับ** รายการ
  - คัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดใน **เด็กกลุ่มเสี่ยง** เป็นเด็กแรกเกิดทุกคน
- 3) **เพิ่ม** รายการ
  - การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์
  - บริการคัดกรองโควิด และค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด
  - บริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน

#### Workload

**เพิ่ม** รายการบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี)

**ปรับ** รายการ **Fee schedule** จากจำนวน **9** รายการ เป็นจำนวน **23** รายการ โดยเน้นกลุ่มวัยทำงานให้เข้าถึงบริการ P&P เพิ่มขึ้น

(ร่าง) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) พ.ศ. 2566

หมวด 2 วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ 8 ให้นำหน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ตามที่ สปสช. ที่กำหนดผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือ ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด National Perinatal Registry Portal) <http://nprp.nhso.go.th> หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด 3 เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

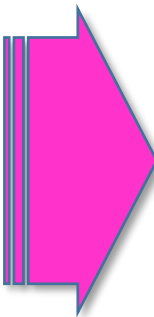
ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre-audit) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI System) และระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ (Verification system)

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย (Post-audit) หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ก็ได้

# เปรียบเทียบรายการ PP FS ปังบประมาณ 2565 และ 2566

## รายการ FS\_65 (9 รายการเดิม)

1. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด
6. **บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**
7. **บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์**
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ



## รายการ FS\_66 (ปรับเป็น 23 รายการ)

1. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์\*
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. **บริการวัดคลื่นคอติบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่\***
20. **บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)\***
21. **บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)\***
22. **บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล\***
23. **บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI\***

10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

11. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

12. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

**13. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด**

14. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

15. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)




# รายการบริการ P&P Fee schedule และอัตราค่าบริการ ปี 2566

## กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 6 รายการ

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>1. การทดสอบการตั้งครรภ์</b>	
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	75
<b>2. บริการฝากครรภ์</b>	
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
<b>3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์</b>	
3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	
1) Hb typing	
2) กรณีผลการตรวจ Hemoglobin typing ไม่ชัดเจน ให้สามารถดำเนินการตรวจ	270
2.1) Alpha-thalassemia 1 (PCR) และ/หรือ	800
2.2) Beta-thalassemia (Mutation analysis)	3,000
3.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) ค่าทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	
2.1) DNA Based Analysis	3,000
2.2) Hemoglobin typing	270
3.3 การยุติการตั้งครรภ์	3,000

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

\* กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ โดยให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้ในบริการฝากครรภ์



**รายการบริการ P&P Fee schedule และอัตราค่าบริการ ปี 2566**  
**กลุ่มเด็กแรกเกิด จำนวน 2 รายการ, เด็กอายุ 3 – 12 ปี จำนวน 1 รายการ**  
**และ เด็กอายุ 0 -14 ปี จำนวน 1 รายการ**

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>7.บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)</b>	
7.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)	<b>135</b>
7.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	<b>350</b>
<b>8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด</b>	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	<b>500</b>
<b>9. บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI</b>	
ค่าบริการฉีดวัคซีน EPI ตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข	<b>20</b>
<b>10. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ</b>	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา (Stock Len และ Lab len)	<b>600</b>





# รายการบริการ P&P Fee schedule และอัตราค่าบริการ ปี 2566

## กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 13 รายการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการ	อัตรา(บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
<b>11. บริการคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)</b>		<b>14. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)</b>	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60
<b>12. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>		<b>15. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)</b>	
<b>12.1</b> คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250*	ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100
<b>12.2</b> คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	50	<b>16. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</b>	
1) ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50	ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	
2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ		<b>17. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก</b>	
2.1) นำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280	ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (Ferrofolic) และการให้คำแนะนำ ติดตาม	
2.2) นำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370	80	
3) บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250	<b>18. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์</b>	
<b>12.3</b> บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900	<b>18.1</b> ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน	
<b>13. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์</b>		1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด	
<b>13.1</b> ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างส่งตรวจ	500	2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด (Lynestrenol 0.5 mg)	
		80	
<b>13.2</b> บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2	10,000	<b>18.2</b> ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	
		50	
1) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	10,000	<b>18.3</b> ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	
2) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	2,500	10	
		<b>18.4</b> ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	
		60	
		<b>18.5</b> ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	
		800	
		<b>18.6</b> ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	
		2,500	
		<b>19. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย</b>	
		ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ (ยายุติการตั้งครรภ์/MVA/EVA)	
		3,000	

\* ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปีหลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง



# รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

## กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 13 รายการ (ต่อ)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>20. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง</b>	
20.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100
20.2 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)	500
20.3 ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้	
1) TB-LAMP หรือ	200
2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	500
3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	600
4) Line Probe Assay (LPA)	600
20.4 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)	20
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
1.1) เทคนิค Solid media	200
1.2) เทคนิค Liquid media	300
20.5 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี	
1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ	700
2) Real-time PCR MTB/XDR	700

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>21. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต</b>	
21.1 ชุดบริการตรวจและประเมินความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	100
21.2 ชุดบริการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	150
21.3 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยง จากการประเมินความเสี่ยงตามข้อ 20.2 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุ ในประกาศฯประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข	40
21.4 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL	160
<b>22. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่</b>	
ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก (dT)	20
<b>23. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล</b>	
ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening)	<ol style="list-style-type: none"> <li>เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) (เฉพาะอายุ 30 - 45 ปี)หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง</li> <li>หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด</li> <li>กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ               <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</li> <li>บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing (รวมถึงการเก็บส่งส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling)                   <ul style="list-style-type: none"> <li><b>กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</li> <li>ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผลการตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา</li> <li>กรณีผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ ให้ตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปี</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix Screening) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ</b>	<p><b>3. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA</b> <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง*</span></p> <p><b>4. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test</b></p> <p>    ก. บริการเก็บตัวอย่าง <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง</span></p> <p>    ข. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ</p> <p>    - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other) <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง</span></p> <p>    - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully) <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง</span></p> <p><b>5. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology</b> <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</span></p> <p><b>6. บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ ( Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</b> <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง</span></p>
<b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

\* ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปีหลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2. บริการฝากครรภ์ (ANC)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการฝากครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> <li>บริการฝากครรภ์ กิจกรรมบริการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข</li> <li>บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง               <ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>ครั้งที่ 2 ตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด</li> </ol> </li> <li>บริการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1 ครั้ง</li> <li>บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวน 1 ครั้ง โดยมี 2 กิจกรรม               <ol style="list-style-type: none"> <li>บริการตรวจสุขภาพช่องปาก</li> <li>บริการขัดทำความสะอาดฟัน(Oral prophylaxis)</li> </ol> </li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าบริการฝากครรภ์ <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อครั้ง* ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่าย</b></li> <li>ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ตรวจครบทุกรายการที่กำหนด ได้แก่ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์</b></li> <li>ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ได้แก่ การตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์</b></li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2. บริการฝากครรภ์ (ANC) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ (ต่อ)</p>	<p>4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์*</b></p> <p>5. ค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นในหน่วยบริการภาครัฐ สามารถดำเนินการโดยทันตภิบาลได้ โดยทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแล</p> <p>- บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน <b>เหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์</b> (การให้บริการทั้ง 2 กิจกรรม อาจไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกัน)</p>
<p>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

\* กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ เพิ่มเติมได้ในบริการฝากครรภ์

1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงการประสานส่งต่อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง
2. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล <b>ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่</b></li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	<p>เมื่อผลการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ <b>เป็นผิดปกติทั้งคู่</b> ดำเนินการดังนี้</p> <p><b>1. การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ</b> ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>1.1) ส่งเลือดตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (<b>Hb Typing</b>) ในกรณีที่ผลการตรวจ Hb typing ผิดปกติ ต้องส่งเลือดตรวจวิเคราะห์ระดับ DNA (DNA analysis)</p> <p>1.2) กรณีเสี่ยงต่อ Hb Bart's hydrops fetalis ส่งตรวจ <b>Alpha-thalassemia 1</b></p> <p>1.3) กรณีเสี่ยงต่อ beta-thal/E หรือ beta-thal major ส่งตรวจ <b>beta-thalassemia mutation</b></p> <p><b>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</b> เมื่อผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ดำเนินการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ดังนี้</p> <p>2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การตัดชิ้นเนื้อรก (<i>Chorionic villus sampling ,CVS</i>) หรือ</li> <li>2) การเจาะน้ำคร่ำ (<i>Amniocentesis</i>) หรือ</li> <li>3) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (<i>Cordocentesis</i>)</li> </ol> <p>2.2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous <math>\beta</math>-thalassemia <math>\beta</math>-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ</li> </ol>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p><b>1. ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>1.1) ค่าตรวจ Hb typing <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i></p> <p>1.2) ค่าตรวจ Alpha - thalassemia 1 <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i></p> <p>1.3) ค่าตรวจ Beta thalassemia mutation <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์ต่อคน</i></p> <p><b>2. ค่าตรวจยืนยันทารกในครรภ์</b></p> <p>2.1 ค่าทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</i></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 <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i></p> <p>2.3 ค่าตรวจ Hb typing <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 270 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i></p> <p><b>3. ค่าการยุติการตั้งครรภ์</b> <i>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์</i></p>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://nprp.nhso.go.th">http://nprp.nhso.go.th</a> และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>



## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>1. กลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล</li> <li>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
<b>2. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</b>	<p><b>1.การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>1.1) เจาะเลือดปิ่นซีรัมส่งตรวจคัดกรอง</p> <p>1.2) การส่งซีรัมเพื่อตรวจคัดกรอง</p> <p>1.3) ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี <b>Quadruple test</b></p> <p><b>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</b></p> <p>กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <p>1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ</p> <p>2) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p> <p>2.2) ตรวจสอบส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</p> <p><b>3. การยุติการตั้งครรภ์</b> กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</p>
<b>3. หน่วยบริการ</b>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping)</li> <li>- การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์</li> <li>- การยุติการตั้งครรภ์</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p><b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ (ต่อ)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การเจาะเลือดปิ่นซีรัม <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> <li>ข. การส่งซีรัมเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> </ul> </li> <li>2. ค่าบริการตรวจ Quadruple test (Beta-HCG, unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP), inhibin A) ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การตรวจ Quadruple test <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> <li>ข. การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> </ul> </li> <li>3. การตรวจโครโมโซมยีนยันทารกในครรภ์ <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> <li>4. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์</span> วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</li> <li>ข. การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</li> </ul> </li> <li>5. การยุติการตั้งครรภ์ <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</span></li> </ol>
<p><b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://:nprp.nhso.go.th">http://:nprp.nhso.go.th</a> และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
2. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด	<p><b>1. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคและโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)</b></p> <p><b>1.1 เด็กแรกเกิดคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม</b> ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 1 ครั้ง</p> <p><b>1.2 เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย</b> ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์</p> <p><b>2. การติดตามและตรวจยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคและโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)</b></p> <p><b>2.1 หน่วยบริการที่ทำคลอด:</b> เจาะเลือดจากส้นเท้าเด็กเมื่ออายุ 48 ชั่วโมง เมื่อเลือดแห้งส่งกระดาษซับไปยังหน่วยตรวจคัดกรองในเครือข่าย</p> <p><b>2.2 หน่วยตรวจคัดกรอง:</b> ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) และรายงานผลไปยังหน่วยบริการที่ทำคลอด</p> <p><b>2.3 หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ ติดตามเด็ก (ที่มีผลการคัดกรอง ผิดปกติ)</b> - ติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ผิดปกติและตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน</p>
3. หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>2. ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน</b></li> <li>2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน</b></li> </ol>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://nprp.nhso.go.th">http://nprp.nhso.go.th</a> และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป๋าตัง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 6. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หญิงไทยและประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์</li> <li>1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผง และไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี               <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 <b>สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive – COC) ที่ให้แก่หญิงปกติทั่วไป</b> เหมาะจ่ายในอัตรา 40 บาทต่อแผง</li> <li>1.2 <b>สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill – POP) (มี Lynestrenol 0.5 mg.) ที่ให้แก่หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือนและผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออรา</b> เหมาะจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อแผง</li> </ul> </li> <li>2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา เหมาะจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี</li> <li>3. บริการใส่ห่วงอนามัย เหมาะจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้งต่อปี</li> <li>4. บริการฝังยาคุมกำเนิด เหมาะจ่าย ในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง ทุก 3 ปี</li> </ul> <p>ทั้งนี้ อัตราชดเชยค่าบริการดังกล่าวได้รวมค่าบริการรักษาผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคุมกำเนิดกึ่งถาวร หรือการเอาอุปกรณ์คุมกำเนิดกึ่งถาวรออกจากร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. <b>ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา</b> เหมาะจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อแผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี</li> <li>▪ ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์</li> <li>6. <b>ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา</b> เหมาะจ่ายในอัตรา 10 บาทต่อครั้ง โดยจ่ายถุงยางอนามัยครั้งละ 10 ชิ้นต่อคนต่อสัปดาห์ ไม่เกิน 52 ครั้งต่อปี</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 6. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และหน่วยบริการ <b>Non cap</b>: บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 7. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และ<b>ข้อบังคับแพทยสภา</b></li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	เป็นบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ด้วยวิธีการใช้ยา ( Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ใดๆอย่างหนึ่ง
3. หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ <b>ด้วยวิธีการใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) ใดๆอย่างหนึ่ง</b> ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบส่งต่อ รวมถึงการให้บริการกรณีผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว</li> <li>กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น</li> </ol>
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถีดำเนินการจัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม <b>จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</b></li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 7. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ (ต่อ)	<p>2. บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA/EVA) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>3. การจ่ายชดเชยจะไม่รวมถึงกรณีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การยุติการตั้งครรภ์จากกรณีคัดกรองพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม และโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง</li> <li>ข. การรักษาภาวะ Blighted ovum, Molar pregnancy, Dead fetus in utero</li> <li>ค. ผู้ป่วยที่มาปรึกษาในกรณี incomplete abortion</li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ กรณียามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) : โปรแกรมระบบบัญชียา (<a href="http://drug.nhso.go.th/drugserver">http://drug.nhso.go.th/drugserver</a>)</li> </ul>



## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 8. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	เป็นบริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ โดยการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ให้แว่นตาสำหรับเด็ก
3. หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ โดยให้บริการดังนี้</p> <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>
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)</b> ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือสายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี</b></li> <li>2. <b>เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab)</b> ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อคนต่อปี</b></li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 8. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>1. กลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่               <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 ดินสุราเรื้อรัง</li> <li>7. บุคลากรสาธารณสุข</li> </ol> </li> <li>• มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
<b>2. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR)</li> <li>2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)</li> <li>3. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs</li> </ol>
<b>3. หน่วยบริการ</b>	หน่วยบริการ ที่สามารถให้บริการคัดกรองและค้นหาวัณโรค

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p><b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) <b>จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</b></li> <li>2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) <u>วิธีใดวิธีหนึ่ง</u> ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 TB-LAMP <b>จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง</b> หรือ</li> <li>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) <b>จ่ายในอัตรารวม 500 บาทต่อครั้ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื่อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดี่ยว) อัตรา 100 บาทต่อครั้ง</li> </ul> </li> <li>2.3 Real-time PCR MTB/MDR <b>จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื่อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง</li> </ul> </li> <li>2.4 Line Probe Assay (LPA) <b>จ่ายในอัตรารวม 600 บาทต่อครั้ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท ต่อครั้ง</li> <li>- ตรวจหาเชื่อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาทต่อครั้ง</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) <b>จ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง</b> จากรายการดังนี้             <ol 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> </ol> </li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ</b>	<b>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</b> <b>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</b> <b>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค Solid media จ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง</li> <li>- เทคนิค Liquid media จ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง</li> </ul>
<b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b>	<b>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub</b>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิส ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

**รายการใหม่**

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<b>1. กลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
<b>2. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening เมื่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก</li> <li>2. บริการตรวจโรคซิฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ตรวจ VDRL</li> <li>2.2 ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ</li> </ol> </li> </ol>
<b>3. หน่วยบริการ</b>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการฝากครรภ์</li> <li>- บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> </ul>
<b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ</b>	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์</span></li> <li>2. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อการตั้งครรภ์</span></li> <li>3. ค่าบริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี TPHA <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อการตั้งครรภ์</span></li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 10. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิส ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p><b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://nprp.nhso.go.th">http://nprp.nhso.go.th</a> และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 11. บริการตรวจหลังคลอด

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการตรวจหลังคลอด	<ol style="list-style-type: none"> <li>บริการตรวจหลังคลอด ตามข้อแนะนำของกรมอนามัย ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด</li> <li>บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด</li> </ol> </li> <li>บริการป้องกันการขาด ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด</li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อครั้งหลังคลอด</b></li> <li>ค่ายา Triferdine ครั้งละ 90 เม็ด จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งหลังคลอด</b></li> </ol>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 <b>และหน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>



## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 12. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการทดสอบการตั้งครรภ์	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ได้
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง</b>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ<b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 13. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

**รายการใหม่**

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ประชาชนไทยทุกคน <b>ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป</b> ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก</li> <li>2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา</li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) <b>โดยแพทย์ หรือทันตแพทย์</b>
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิ <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน</b></li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ<b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>








เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p>1. กลุ่มเป้าหมาย</p>  <p>One page BRCA1/BRCA2</p>	<p>❖ บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ <b>สำหรับประชาชนไทยทุกสิทธิที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป</b> โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>2. ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ:</b> การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 จะตรวจได้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและญาติสายตรงฯ <b>ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป</b> ทั้งนี้เป็นไปตาม Guideline ขอเสนอแนะการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและญาติสายตรงฯ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p> <p>❖ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ (Authentication)</p>
<p>2. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ</li> <li>2. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</li> </ol>
<p>3. หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการใน <b>ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ</b> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) หน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</li> <li>2) หน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ ภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่</li> </ol>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 15. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)

**รายการใหม่**

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
<p><b>4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ</b></p>	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <p><b>1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ในอัตรา 500 บาท</b></p> <p><b>2. ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท</b></p> <p><b>2.2) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท</b></p>
<p><b>5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย</b></p>	<p>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</p>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> </ul>
2. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก               <ol style="list-style-type: none"> <li>เด็กแรกเกิดตลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 1 ครั้ง</li> <li>เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์</li> </ol> </li> <li>การติดตามและตรวจยืนยัน ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์               <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการที่ทำคลอด: เจาะเลือดจากส้นเท้าเด็กเมื่ออายุ 48 ชั่วโมง เมื่อเลือดแห้งส่งกระดาษขยับไปยังหน่วยตรวจคัดกรองในเครือข่าย</li> <li>หน่วยตรวจคัดกรอง: ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก และรายงานผลไปยังหน่วยบริการที่ทำคลอด</li> <li>หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ติดตามเด็ก (ที่มีผลการคัดกรอง ผิดปกติ)                   <ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก</li> <li>- กรณีเร่งด่วนมาก ให้ติดตามเด็กรับการประเมินภายใน 24 ชม.</li> <li>- กรณีเร่งด่วนปานกลาง ให้ติดตามเด็กรับการประเมินภายใน 48 ชม.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>
3. หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด</li> <li>บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน / ประเมินความผิดปกติ</li> </ol>



## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 16. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) (ต่อ)

**รายการใหม่**

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง &gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt; จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา <b>500 บาท ต่อครั้งต่อคน</b></li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://nprp.nhso.go.th">http://nprp.nhso.go.th</a> และประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรม Seamless for DMIS เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

**หมายเหตุ:** สามารถบูรณาการการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ร่วมกับบริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิดได้

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 17. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงไทยทุกคน <b>อายุ 13 – 24 ปี</b> ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
2. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อชีวิต</b></li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ <b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 18. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (Ferrofolic) (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี) กรณีตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <p>- ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี</b></p>
5. วิธีการเบิกการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ<b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 19. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประชากรไทยอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
2. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	บริการฉีดวัคซีน คอตีบ – บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ แก่ประชาชนคนไทย ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยรับวัคซีน dT ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <p>- ค่าบริการฉีดวัคซีน dT <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง</b></p>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ <b>หมอพร้อม</b> เป็นรายเดือน

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 20. บริการวัคซีนวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป (ให้บริการตลอดทั้งปี)</li> <li>2. เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปีทุกคน</li> <li>3. ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน</li> <li>4. บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป</li> <li>5. โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)</li> <li>6. โรคอ้วน (น้ำหนัก &gt; 100 กิโลกรัม หรือ BMI &gt; 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)</li> <li>7. ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</li> </ol> </li> <li>• มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
2. บริการวัคซีนวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	บริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ - ค่าบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้งต่อปี</b>
5. การบริหารการจ่าย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 21. บริการเคลื่อนฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประชาชนไทยที่มีอายุ <b>25 – 59 ปี</b> ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือ จากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือ สาเหตุอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกกรัน รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการเคลื่อนฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)	บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลื่อนฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าบริการบริการเคลื่อนฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ <b>จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี</b></li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ<b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็นรายเดือน</li> </ul>

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 22. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง <b>50 – 70 ปี</b> ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>• <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ</li> <li>2. รายที่ผลตรวจผิดปกติให้ได้รับการตรวจยืนยัน ด้วย Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy</li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี</li> </ul> <p>บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง</b></p> <p><u>กรณีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย FIT Test ผิดปกติ ให้คำปรึกษาและส่งตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วย Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy</u></p> <p>ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายจากงบการรักษาของแต่ละกองทุนสิทธิ <b>ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UCs บริการตรวจ Colonoscope, Biopsy และ Polypectomy จ่ายตามระบบ ODS</b></p>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</li> <li>▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 และ<b>หน่วยบริการ Non cap</b> : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <a href="https://www.healthplatform.krungthai.com">https://www.healthplatform.krungthai.com</a> เป็น</li> </ul>

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 23. บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กไทยแรกเกิด - อายุ 14 ปี ที่จะได้รับวัคซีนตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข</li> <li><b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI	บริการฉีดวัคซีน EPI ตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีน
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	ค่าบริการฉีดวัคซีน EPI ตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 20 บาทต่อครั้ง</b>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบ <b>หมอพร้อม</b> เป็นรายเดือน



## รายการบริการ NPP และอัตราค่าบริการ ปี 2566

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>1. บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323</b>	
ค่าบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	50
<b>2. บริการสายด้วยเลิกบุหรี่ 1600</b>	
ค่าบริการให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยา ทางโทรศัพท์	50

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1. บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่จำกัดอายุ ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยทางจิต</li> <li>▪ <b>มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</b></li> </ul>
2. บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น</li> <li>2. ให้บริการตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมการประเมินอาการ ความรุนแรง การให้คำปรึกษา และ หรือประสานส่งต่อ และ หรือติดตามอาการหลังให้บริการ</li> <li>3. ให้บริการโดยนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานการให้บริการของกรมสุขภาพจิต</li> </ol>
3. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ตามมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตกำหนด <b>ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</b>
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ <b>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท/ครั้ง โดยจ่ายเฉพาะรายที่สามารถพิสูจน์ตัวตนได้</b></li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์) : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) ( <a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a> ) เป็นรายเดือน

## เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2. บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600

รายการใหม่

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาลที่ติดบุหรี่และสมัครใจเข้ารับบริการ</li> <li>▪ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ</li> </ul>
2. บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยา ทางโทรศัพท์</li> <li>2. ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ</li> <li>3. รับส่งต่อจากหน่วยบริการเพื่อติดตามอาการผู้เสพยาติดติดสารนิโคตินที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่</li> </ol>
3. หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สถานบริการสาธารณสุขอื่น ตามมาตรา 3 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545) (เริ่มเมื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบ UCs แล้ว ประมาณเดือน มี.ค. 66)</p>
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	<p>สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการให้คำปรึกษา ติดตามผลและป้องกันการเสพยา ทางโทรศัพท์ จ่ายตามการให้บริการจริง ในอัตรา 50 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/คน/ปี) โดยจ่ายเฉพาะรายที่สามารถพิสูจน์ตัวตนได้</li> </ul>
5. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	<p>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ) : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) (<a href="http://eclaim.nhso.go.th">http://eclaim.nhso.go.th</a>) เป็นรายเดือน</p>

ลำดับที่	รายการ	อัตราจ่ายชดเชย (บาท)	Authen	ประเภท	ECLAIM	NPRP	หมอพร้อม	KTB	NTIP	หมายเหตุ รอยืนยัน
1	บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	250/50/280/370/250/900	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
2	บริการฝากครรภ์	360/600/190/500	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
3	บริการการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	270/800/3000	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)		/				
4	บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์*	120/50/100	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)		/				
5	บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	100/200/1200/1300/2500,3000	ต้องขอ Authen			/				
6	บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และ โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด	135/350	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)		/				
7	การตรวจหลังคลอด*	120/135	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
8	การทดสอบการตั้งครรภ์*	75	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
9	บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	40/80/50/10/60/800/2500	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
10	บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	3000	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
11	บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตามีผิดปกติ	600	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
12	บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)*	600	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
13	บริการตรวจคัดกรองและค้นหาไวรัสโคโรนาในกลุ่มเสี่ยงสูง	100/500/200/500/600/20/200/300/700	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)					/	
14	บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต*	100/150/40/160	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
15	บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์*	500/10000/2500	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
16	บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่องTandem mass spectrometry (TMS)*	500				/				
17	บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก*	100	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
18	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก*	80	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
19	บริการวัดคลื่นคอติบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่*	20	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)			/			Authen หมอพร้อม
20	บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)*	100	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
21	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)*	60	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	/					
22	บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล*	20	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)				/		Authen KTB
23	บริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI *	20	ต้องขอ Authen	เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)			/			Authen หมอพร้อม
					14	5	2	1	1	



บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับประชากรสิทธิอื่น  
(PP Non UC) ปีงบประมาณ 2566

# จำแนกสิทธิการรับบริการด้านรักษา ฟื้นฟู สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

## สิทธิรักษาพยาบาล ฟื้นฟูในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)

- 1 เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
- 2 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
- 3 คนพิการ
- 4 ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์
- 5 ผู้นำชุมชน (กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล)
- 6 ช่วงอายุ 12-59 ปี (ที่ไม่มีสิทธิอื่น)

”

## สิทธิรักษาพยาบาล ฟื้นฟูอื่น (Non UC)

- 1 สิทธิข้าราชการ
- 2 สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- 3 สิทธิกรุงเทพมหานคร
- 4 สิทธิบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 5 สิทธิบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- 6 สิทธิประกันสังคม
- 7 สิทธิครูเอกชน
- 8 สิทธิข้าราชการการเมือง

”

สิทธิการเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

# รายงานการรับบริการ PPFS ปี 86 เขต ๖ ระยอง

		หมวดสถิติ					
กิจกรรมหลัก_	กิจกรรมย่อย_	1-บัตรทอง	2-ประกันสังคม	3-ข้าราชการ	4-อปท.	5-อื่นๆ	Grand Total
01-ฝากครรภ์ (ANC)	01_บริการฝากครรภ์	280,386	77,213	7,865	737	8,274	343,093
	02_lab 7 รายการ	82,312	11,852	1,167	92	167	94,826
	03_lab 2 รายการ	46,457	5,632	465	51	65	52,401
	04_خذทำความสะอาดฟัน	65,841	9,005	3,965	622	103	78,701
	05_บริการตรวจอัลตราซาวด์	140,110	33,171	4,755	525	2,686	178,416
	<b>Total</b>		313,820	82,193	13,466	1,590	9,353
02-กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	01_Quadruple test	106,884	55,993	8,265	795	1,015	172,949
	02_การยุติการตั้งครรภ์	128	53	17	3	5	206
	<b>Total</b>	106,901	55,997	8,267	795	1,019	172,970
03_หญิงตั้งครรภ์และสามี ตรวจยืนยัน Thalassemia (Hb typing)	01_Hb typing	36,946	14,645	1,928	179	578	54,271
	02_Hb typing (สามี)	2,060	1,660	55		3	3,776
	03_การยุติการตั้งครรภ์	3,562	3,576	282	20	20	7,457
	<b>Total</b>	40,660	18,281	2,207	199	597	61,927
04-คัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด	01_ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนและเพนนิลคีโตนยูเรีย	283,383	34	502	410	5,621	289,724
	02_การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	32				2	34
	<b>Total</b>	283,383	34	502	410	5,621	289,724
05-คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	01_HP V	436,685	47,488	27,428	4,732	681	516,104
	02_Pap Smear/VIA	87,360	30,032	8,166	1,284	814	127,397
	03_ตรวจยืนยันมะเร็งปากมดลูก (Colposcopy)	348	240	68		9	665
	<b>Total</b>	517,600	76,548	35,097	5,933	1,493	634,726
06-บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ	01_เลนส์สายตาสั้นปกติทั่วไป (Stock lens)	2,120		121	30		2,245
	02_เลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	222	1	3			226
	<b>Total</b>	2,341	1	124	30		2,470
07-บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น (<20ปี)	01_ยาฝังคุมกำเนิด	30,600	512	445	65	7	31,623
	02_ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	55	6	1			62
	<b>Total</b>	30,653	518	446	65	7	31,683
08-บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (หญิง 20ปี+)	01_ยาฝังคุมกำเนิด	5,965	2,111	269	26	22	8,386
	02_ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	129	40	14	3		186
	<b>Total</b>	6,093	2,151	281	29	22	8,569
09-การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	01_การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon	8,366	2,483	213	38	19	11,111
	02_การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้กระบอกดูดสุญญากาศ(MBA)	1,551	211	42	7		1,811
	03_การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(EVA)	3					3
	<b>Total</b>	9,914	2,694	255	45	19	12,919
<b>Grand Total</b>		<b>1,182,509</b>	<b>198,868</b>	<b>55,895</b>	<b>8,639</b>	<b>17,743</b>	<b>1,414,820</b>

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP Non UC) คำนวณเงินตามจำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ ระดับจังหวัดเนื่องจากประชากรสิทธิอื่นๆ ไม่มีการลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยให้ปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกสังกัดตามความจำเป็นและเหมาะสมในการให้บริการ (เขต 6 วงเงิน 500,844,052.51 บาท) ดังนี้

- 1) โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
- 2) ให้ใช้จ่ายงบประมาณในกิจกรรมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๐)
- 3) งบประมาณจัดสรรงบเพื่อจัดทำโครงการเพื่อจัดบริการ PP ระดับเขต 5% (โอนให้ รพ.บางละมุง) โครงการเพื่อจัดบริการ PP ระดับจังหวัด 5% โดยจังหวัดแจ้งชื่อโรงพยาบาลที่จะโอนให้ สปสช. (หากมีกรณีที่หน่วยบริการใดมีโครงการเพื่อจัดบริการ PP ไม่น้อยกว่า 5% แล้ว ให้โอนลงหน่วยบริการนั้นโดยตรง ทั้งนี้ให้ รพ.จัดทำโครงการเสนอจังหวัดก่อน สปสช.จัดสรร) ส่วน 90 % ให้โอนตรงหน่วยบริการตามประชากรกลุ่ม Non UC