



**บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ตามรายการบริการ PP Fee schedule  
ปีงบประมาณ 2569**

ค่าบริการ P&P 29,014.1892 ล้านบาท

\* เป้าหมาย Thai pop 67.627 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2568 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

1 NPP 40.06 บาท/คน

### 1. Central procurement & NPP

- วัคซีน ตามแผนการให้วัคซีน
- วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่, วัคซีน HPV
- วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไรเซลล
- ยายุติการตั้งครรภ์
- สมุดบันทึกสุขภาพ
- ถุงยางอนามัย

### 2. โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ ได้แก่

- สายด่วนสุขภาพจิต
- สายด่วนเลิกบุหรี่
- สายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- บริการธนาคารนมแม่
- บริการมิตรภาพบำบัด

2 PPA 4.00 บาท/คน

1. จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบาย หรือแก้ไขปัญหานั้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ
2. ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของทุกโครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิชอบในระดับเขตพื้นที่

3 PP Basic service 366.45 บาท/คน

### 2.1 เหม่าจ่าย บริการพื้นฐาน 273.02 บาท/คน

ร้อยละ 65 เหม่าจ่ายตามประชากร

ร้อยละ 35 จ่ายตาม Workloads

1. เด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ
2. เด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
3. เด็กวัยเรียนอายุ 4-12 ปี ได้นับการเคลือบฟลูออไรด์
4. เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน
5. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

2.2 จ่ายตามรายการ (PPFS) 30 รายการ 93.44 บาท/คน

4 PP NCDs 1,252.2718 ลบ.

จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2567 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567



### ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ญาติสายตรง” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

### บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๖ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการตามประกาศนี้ ยกเว้นบริการคัดกรองโรคซิฟิลิสในรายการ ๓.๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศ PPFS (ราชกิจจานุเบกษา) ปรับปรุง ลงนาม 29 พ.ย.67.pdf

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่2) ปีงบประมาณ 2568 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2568



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในรายการ ๔ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายเจตน์ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2569

## 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

1. บริการการทดสอบการตั้งครรภ์
2. บริการฝากครรภ์
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ \*
5. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส
6. การตรวจหลังคลอด

หมายเหตุ: \* หมายถึง รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง \*\* หมายถึง รายการใหม่

## 2 กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี (2 รายการ) และเด็กอายุ 6 – 12 ปี (1 รายการ)

1. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)
2. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)
3. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาคิดปกติ

## 3 กลุ่มอายุ 12-59 ปี (21 รายการ)

1. บริการคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)
2. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2
4. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)
5. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
6. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
7. บริการเคลือบฟลูออไรด์
8. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
9. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง
10. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี \*
11. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี
12. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
13. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ
14. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
15. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด
16. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค
17. บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต \*\*
18. บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ \*\*
19. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก \*\*
20. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก \*\*
21. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection) \*\*

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2567  
 : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2 ปีงบประมาณ 2568)  
 -- ร่างประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 3) ปีงบประมาณ 2568 ,ปี 2569

## เพิ่มเติม ปี 68

1. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 25 มิ.ย 68 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มิ.ย. 68 )

1) เพิ่มวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

1.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายอัตรา 2,500 บ.ต่อการตั้งครรภ์ หรือ

1.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test

2) บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์(Prenatal Diagnosis, PND)ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

3) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม

2. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี NIPT **ปรับปี 69 ตามร่างประกาศ PPFS 2569**

หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและมีศักยภาพ ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 หรือ **ผ่านการรับรองมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียง มาตรฐานสากล**

3.) บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (ตามประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2568 ลว 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 ) กำหนดให้กลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม (เดิมบันทึก NAP) กรณีบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี **บันทึกผ่านระบบโปรแกรม KTB โดยมีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป**

4.) บริการคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี **ปรับปี 69 (อยู่ระหว่างประกาศลงนาม ประกาศ 69)**

- การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล HBsAg เป็นบวก จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Hepatitis B virus HBV PCR - viral load จ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อครั้ง (รายการ FS) คนละ 1 ครั้งตลอดชีวิต และบันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim

## บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ผู้รับบริการที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (เขต 10 : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 )
อัตราจ่าย	ค่าบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต รวมกรณีการส่งต่อ <b>อัตรา 153 บาท/ครั้ง</b> โดยมีเงื่อนไขดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการให้บริการ ณ ที่ตั้งหรือรถเคลื่อนที่</li> <li>2. เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเยียวยาจิตใจเบื้องต้น</li> <li>3. การให้คำปรึกษา ไม่เกินคนละ 2 รอบ/ปี นับระยะเวลา 14 วัน/รอบ และให้บริการไม่เกิน 3 ครั้ง/รอบ หากอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งเข้ารับการรักษาตามระบบ</li> <li>4. กรณีมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพิ่มให้วันระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน (นับจากรอบก่อนหน้า)</li> </ol>
โปรแกรม	e-Claim

## บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	มีความจำเป็นต้องได้รับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และแจ้งศักยภาพให้บริการฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในระบบ CPP
อัตราจ่าย	<p>เป็นไปตามรายการที่กำหนด</p> <p>รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 15 รายการ (CBC / FSH / LH / Estradiol / Total testosterone / 25-hydroxyvitamin D / Aspartate aminotransferase/ Alanine Aminotransferase / Lipid profiles / Prolactin / Glucose / Electrolyte / BUN / Creatinine / Bone mass density</p> <p>รายการยาและฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ จัดหาผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 6 รายการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. leuprorelin injection 11.25 mg หรือ triptorelin injection 11.25 m</li> <li>2. 17 beta estradiol tablet ขนาด 1 mg, 2 mg</li> <li>3. 0.06% estradiol transdermal ขนาด 80 g</li> <li>4. testosterone enanthate injection 250 mg</li> <li>5. cyproterone acetate tablet 50 mg</li> <li>6. spironolactone tablet 100 mg</li> </ol>
โปรแกรม	e-Claim



# รายการ PPFS รายการใหม่ 2569 (อยู่ระหว่างประกาศลงนาม)

## รายการใหม่ (อยู่ระหว่างประกาศลงนาม)

รายการใหม่	เงื่อนไข
<p>3) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มอายุ 6 เดือนถึง 12 เดือน และกลุ่ม อายุ 3 ปี ถึง 6 ปี</li> <li>- ตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct จ่ายในอัตรา 30 บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ</li> <li>- บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim</li> </ul>
<p>4) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มอายุ อายุ 2 เดือนถึง 5 ปี อายุ 6 ถึง 12 ปี</li> <li>- บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็กจ่ายในอัตราเหมาจ่าย 50 บาทต่อครั้งต่อปี</li> <li>- บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim</li> </ul>
<p>5) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือดเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง</li> <li>- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 650 บาทต่อครั้งต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ การตรวจ ELISA /การตรวจChemiluminescence/การตรวจFluorescence</li> </ul> </li> </ol> <p>- บันทึกผ่านโปรแกรม NTIP</p>

# รายละเอียดหลักเกณฑ์/เงื่อนไข รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง

# 4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ \*

วัตถุประสงค์	1) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ 2) เพื่อลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test : H43 : รพ.สรรพสิทธิประสงค์) , (NIPT : H82)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)																										
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ																												
<p>หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เมื่อผลการคัดกรองพบความเสี่ยงสูง ได้รับการวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ โดยการทำให้ผลการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้บางอย่างใด ดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง</p> <p>1.2 มีข้อบ่งชี้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ได้แก่</p> <p>1) ผ่านการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้วผลเป็นบวก หรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น อัลตราซาวนด์พบความผิดปกติ การตรวจ NIPT (Noninvasive Prenatal Testing) ให้ผลเสี่ยงสูง หรือ</p> <p>2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเกินกว่าที่ระบบการตรวจ Quadruple test จะได้ผลทันเวลาของการวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์ หรือ</p> <p>3) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์</p>	<p><b>1 การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>1) การเจาะเลือดปั่นซีรัม หรือ</p> <p>2) การเจาะเลือดปั่นซีรัมและการจัดบริการส่งซีรัมเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>100</p> <p>200</p>																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>รหัสสถานบริการ</th> <th>ชื่อสถานบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>12284</td> <td>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>13781</td> <td>โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>14187</td> <td>สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>23233</td> <td>ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>41636</td> <td>เพื่อนสุขภาพสหคลินิก</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>41827</td> <td>คลินิกเทคนิคการแพทย์แบงคอกจีโนมิกส์</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>55819</td> <td>เอ็นเอสทีโนโวอิน จีโนมิกส์ คลินิกเทคนิคการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>CA0001251</td> <td>เอ็นจีจีคลินิกเทคนิคการแพทย์</td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ	1	12284	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3	2	13781	โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	3	14187	สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	4	23233	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์	5	41636	เพื่อนสุขภาพสหคลินิก	6	41827	คลินิกเทคนิคการแพทย์แบงคอกจีโนมิกส์	7	55819	เอ็นเอสทีโนโวอิน จีโนมิกส์ คลินิกเทคนิคการแพทย์	8	CA0001251	เอ็นจีจีคลินิกเทคนิคการแพทย์	<p><b>2. การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง</b></p> <p>2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT)</p> <p>2.2 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ หรือ</p> <p>2.1 การตรวจ Quadruple test</p> <p>2.2 การตรวจ Quadruple test การจัดบริการไปรับเลือดตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ</p>	<p>1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์</p>
ลำดับ	รหัสสถานบริการ	ชื่อสถานบริการ																												
1	12284	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3																												
2	13781	โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล																												
3	14187	สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์																												
4	23233	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์																												
5	41636	เพื่อนสุขภาพสหคลินิก																												
6	41827	คลินิกเทคนิคการแพทย์แบงคอกจีโนมิกส์																												
7	55819	เอ็นเอสทีโนโวอิน จีโนมิกส์ คลินิกเทคนิคการแพทย์																												
8	CA0001251	เอ็นจีจีคลินิกเทคนิคการแพทย์																												

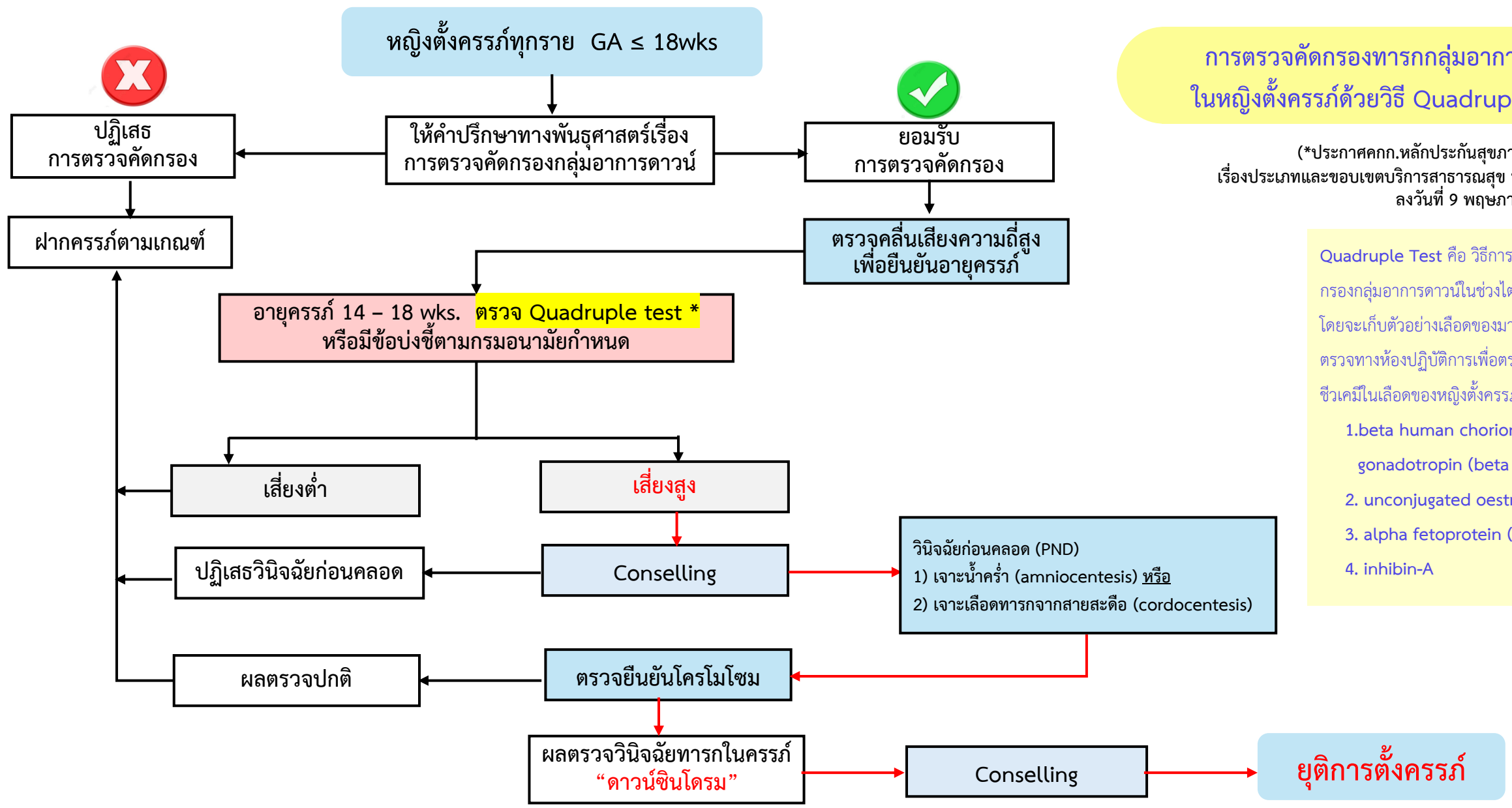
# 4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ \* (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	<p><b>3. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</b> กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดำเนินการ</p> <p><b>3.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis; PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</b></p> <p>1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) <u>หรือ</u></p> <p>2) การเจาะเลือด ทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p>		1 ครั้ง/การตั้งครรภ์	2,500
	<p><b>3.2) ตรวจสอบสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</b></p>		1 ครั้ง/การตั้งครรภ์	2,500
โปรแกรม	<p>เขต 1 – 12 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS <b>กรณีบริการ NIPT</b></p> <p>เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>			

บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ปรึบปี 68 (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 25 มิ.ย 68 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มิ.ย. 68 )

1. เพิ่มวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง
  - 1.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์ หรือ
  - 1.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test
2. บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง
3. การตรวจสอบสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม

# ขั้นตอนการตรวจคัดกรองทางกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test



การตรวจคัดกรองทางกลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test

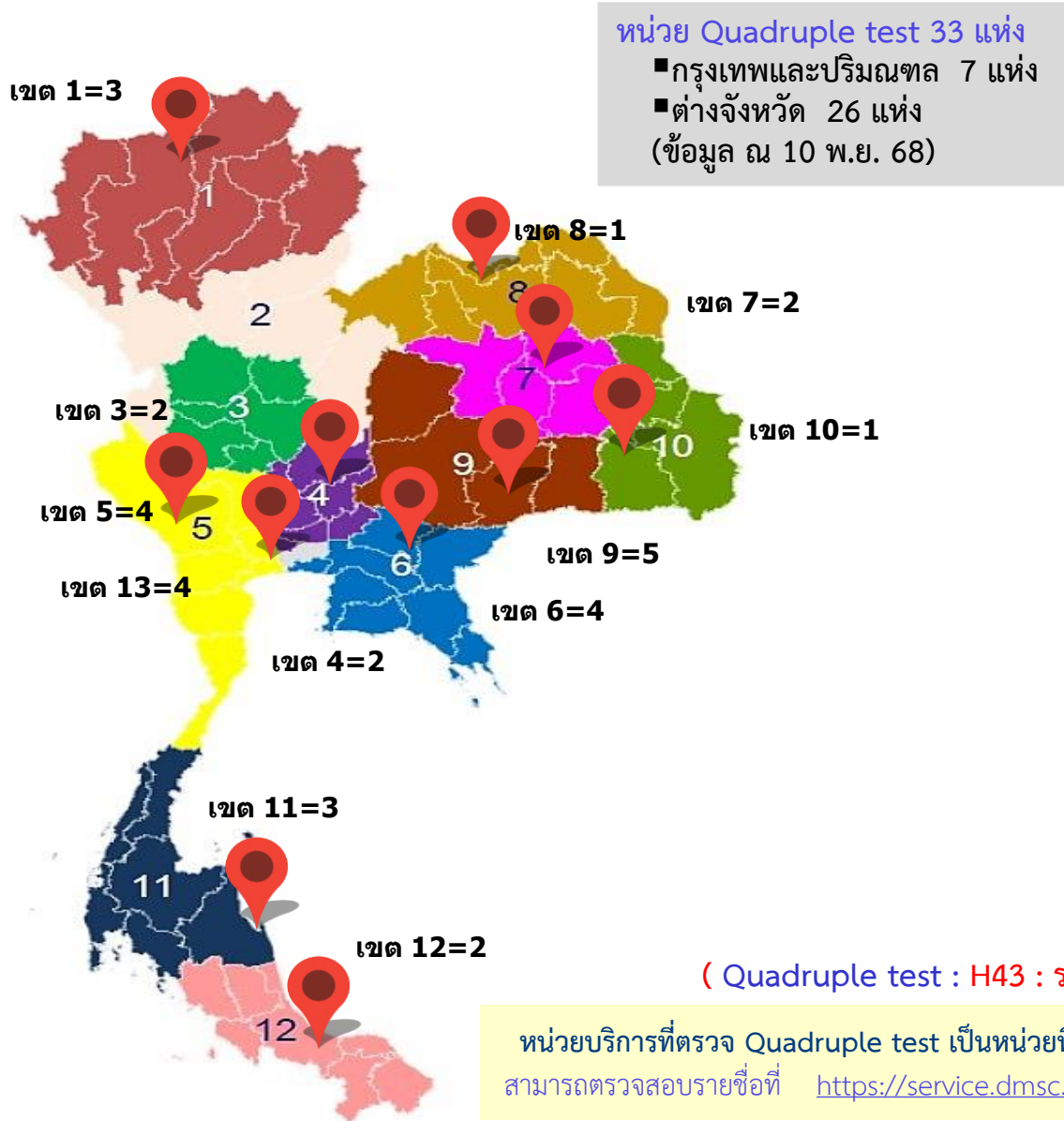
(\*ประกาศคกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565)

Quadruple Test คือ วิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในช่วงไตรมาสสอง โดยจะเก็บตัวอย่างเลือดของมารดาไปส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบชีวเคมีในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ 4 ชนิด

1. beta human chorionic gonadotropin (beta hCG)
2. unconjugated oestriol (uE3)
3. alpha fetoprotein (AFP)
4. inhibin-A



# หน่วยรับตรวจ Quadruple test ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 33 แห่ง



หน่วย Quadruple test 33 แห่ง  
 ■ กรุงเทพฯและปริมณฑล 7 แห่ง  
 ■ ต่างจังหวัด 26 แห่ง  
 (ข้อมูล ณ 10 พ.ย. 68)

- เขต 1 จำนวน 3 แห่ง
- 1) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
  - 2) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงราย
  - 3) รพ.ลำปาง

เขต 2 ไม่มี

- เขต 3 จำนวน 2 แห่ง
- 4) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
  - 5) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์

- เขต 4 จำนวน 2 แห่ง
- 6) ห้องปฏิบัติการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
  - 7) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

- เขต 5 จำนวน 4 แห่ง
- 8) ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
  - 9) รพ.พหลพลพยุหเสนา
  - 10) รพ.นครปฐม
  - 11) รพ.ประจวบคีรีขันธ์

- เขต 6 จำนวน 4 แห่ง
- 12) รพ.ชลบุรี
  - 13) รพ.พุทธโสธร
  - 14) รพ. พระปกเกล้า
  - 15) รพ.เดอะซีพลีส์ สมุทรปราการ

- เขต 7 จำนวน 2 แห่ง
- 16) รพ.ขอนแก่น
  - 17) ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

- เขต 8 จำนวน 1 แห่ง
- 18) รพ.อุดรธานี

- เขต 9 จำนวน 5 แห่ง
- 19) รพ.ชัยภูมิ
  - 20) รพ.บุรีรัมย์
  - 21) รพ.มหาสารนครราชสีมา
  - 22) รพ.ปากช่องนานา
  - 23) ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

- เขต 10 จำนวน 1 แห่ง
- 24) รพ.สรรพสิทธิประสงค์

- เขต 11 จำนวน 3 แห่ง
- 25) รพ.มหาสารนครศรีธรรมราช
  - 26) รพ.ลิขล
  - 27) รพ.สุราษฎร์ธานี

- เขต 12 จำนวน 2 แห่ง
- 28) คณะเทคนิคการแพทย์ ม.สงขลานครินทร์
  - 29) ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

- เขต 13 จำนวน 4 แห่ง
- 30) รพ.ตากสิน
  - 31) รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า
  - 32) รพ.ราชพิพัฒน์
  - 33) รพ.ราชวิถี

( Quadruple test : H43 : รพ.สรรพสิทธิประสงค์ )

หน่วยบริการที่ตรวจ Quadruple test เป็นหน่วยที่ผ่านการรับรองของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถตรวจสอบรายชื่อที่ <https://service.dmsc.moph.go.th/dmsclabs/labs/downsyndrome>

# 19. บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

ที่เปลี่ยนแปลง



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดอุบัติการณ์และลดอัตราการเสียชีวิต ในปี 2573</li> <li>2. ประชากรเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535
หน่วยบริการศักยภาพ	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน</li> <li>3. หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม</li> <li>4. หน่วยรับส่งต่อทั่วไป</li> <li>5. หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์</li> </ol>

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี		1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays	1 ครั้งตลอดชีวิต	50
2. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล HBsAg เป็นบวก		2. รายการ Hepatitis B virus HBV PCR - viral load (รายการ FS)	1 ครั้งตลอดชีวิต	1,300 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	บันทึกผ่านโปรแกรม e-Claim			

หมายเหตุ : 1. บริการตรวจยืนยัน ตรวจประเมินสภาพตับ และการรักษาใช้จากงบเหมาจ่ายรายหัว

2. บริการคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี (การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี) ปรับปี 69 (อยู่ระหว่างประกาศลงนาม ประกาศ 69)

# รายละเอียดหลักเกณฑ์/เงื่อนไข รายการ PPFS ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

# 1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์	เพื่อวินิจฉัย และยืนยันการตั้งครรภ์
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการทดสอบการตั้งครรภ์

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์		1. บริการแจกชุดทดสอบการตั้งครรภ์ <b>หรือ</b> 2. เก็บปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อคนต่อปี	75 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

## 2. บริการฝากครรภ์

กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล			
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้			
ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
1. บริการฝากครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) การซักประวัติ</li> <li>2) การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) วัดสัญญาณชีพ : ชีพจร ความดันโลหิต</li> <li>2.2) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย</li> <li>2.3) ตรวจฟังเสียงหัวใจ และการหายใจ</li> <li>2.4) ตรวจภายใน ตรวจวัดความสูงของยอดมดลูก</li> </ol> </li> <li>3) การตรวจคัดกรองภาวะซีมเศร้า</li> <li>4) การตรวจคัดกรองสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด</li> <li>5) ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Classifying form)</li> <li>6) ตรวจหาโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ</li> <li>7) การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและ ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสธ.</li> <li>8) การคัดกรองโรคโควิด 19</li> </ol>		ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	360 บาท/ครั้ง



## 2. บริการฝากครรภ์ (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
2. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง		<b>ครั้งที่ 1</b> ตรวจ (ครบทุกรายการ) 1) VDRL 2) HIV Antibody 3) Hepatitis B surface antigen (HBs Ag) 4) CBC + MCV และ/หรือ 5) DCIP/Hb E screen 6) Blood group : ABO/Rh	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	600
		<b>ครั้งที่ 2</b> ตรวจเมื่อใกล้คลอด 1) VDRL 2) HIV Antibody	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	190
3. บริการตรวจอัลตราซาวด์	ตรวจอัลตราซาวด์		400 บาทต่อการตั้งครรภ์	
4. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	1) บริการตรวจสุขภาพช่องปาก 2) บริการขัดทำความสะอาดฟัน(Oral prophylaxis) การให้บริการดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้		1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	500
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

\*\*\*กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไป ตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป”

### 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และสามี <u>ที่เป็นคู่เสี่ยง</u>ต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เข้าถึงบริการตรวจยืนยัน และได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด</p> <p>2) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลวินิจฉัยก่อนคลอดผิดปกติเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์</p>
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียใน หญิงตั้งครรภ์การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
เมื่อผลการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ <b>ผิดปกติทั้งคู่</b> ให้ได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การสรุปคู่เสี่ยง การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ และหากพบทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ให้ได้รับการยุติการตั้งครรภ์		<p><b>1. การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ</b> ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>1.1) ส่งเลือดตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb Typing)</p> <p>1.2) Alpha-thalassemia 1 (PCR) <u>หรือ</u></p> <p>1.3) Beta-thalassemia (Mutation analysis)</p>	1 ครั้ง/การตั้งครรภ์	<p>270</p> <p>800</p> <p>3,000</p>

### 3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	<p>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์เมื่อผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ดำเนินการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ ดังนี้</p> <p>2.1) ทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ</li> <li>2) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</li> </ul>		1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	2,500
		<p>2.2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ กรณีทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมีย ชนิด Homozygous <math>\beta</math>-thalassemia <math>\beta</math>-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ตรวจ DNA Based Analysis <u>หรือ</u></li> <li>2) ตรวจ Hb typing</li> </ul>		1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	โปรแกรม NPRP			

# 5. บริการกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

## บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์	เพื่อให้สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองยืนยัน และได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชายทุกสิทธิการรักษา
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียได้

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
4.1 บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่หญิงตั้งครรภ์ ให้ตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในสามี หรือคู่หญิงตั้งครรภ์ เมื่อผลการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ <b>ผิดปกติ</b>		<u>การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</u> ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ โดยส่งเลือดตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screening	1 ครั้ง/การตั้งครรภ์ ของภรรยา	120
โปรแกรม	โปรแกรม NPRP บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์			

# 5. บริการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในสามหรือคูของหญิงตั้งครรภ์และบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส (ต่อ)



## บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง และยืนยันผลตรวจซิฟิลิส
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สามหรือคูของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย</li> <li>2. ผู้ต้องขัง</li> <li>3. เยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง</li> </ol>
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการคัดกรองรณรงค์ได้

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<b>บริการคัดกรองซิฟิลิส</b> 1) สามหรือคูของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย โดยตรวจคัดกรองซิฟิลิส ครั้งแรกที่ภรรยามารับบริการฝากครรภ์		บริการตรวจโรคซิฟิลิส ดังนี้ 1) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ (RDT) 2) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี RPR หรือ VDRL 3) ตรวจยืนยันโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA ในกรณีที่ผลการตรวจ VDRL หรือ RPR ผิดปกติ	1 ครั้ง/การตั้งครรภ์ของภรรยา	50
2) ผู้ต้องขัง			ไม่เกิน 3 ครั้ง/ปี (ก่อน, ระหว่าง, พ้นโทษ)	50
3) เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง			ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	100
โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS			



## แจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลการรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ปีงบประมาณ 2569

**สปสช.** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
1400 หมู่ ๓ ชั้น ๒ - ๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี "ศูนย์ราชการเดิม" ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10130 โทรศัพท์ ๐๒-๕๕๖-๕๐๐๐ โทรสาร (Fax) ๐๒-๕๕๖-๕๒๖๐  
ที่ สปสช. ๖.๗๐/ว. ๖๒๐๘

๓) พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลการรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่ง

อ้างอิง ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย QR Code แนวทางการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบ KTB

ตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ กรณีบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส กำหนดเงื่อนไขให้หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใน ๓ กลุ่ม ได้แก่ สามัญหรืออยู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย / ผู้ต้องขัง / เยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง อัตราการจ่ายและเงื่อนไขบริการตามที่สำนักงานกำหนด โดยบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) รายละเอียดตามที่อ้างถึง นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย การประมวลผลและการตรวจสอบรายงานการจ่ายชดเชยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณี บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ กรณีบริการคัดกรองโรคซิฟิลิส เอกสารหมายเลข ๒ การบันทึกข้อมูลการรับค่าใช้จ่าย ข้อ ๓ กำหนดให้บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด สปสช. จึง ขอแจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลการรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) เพียงระบบเดียว และขอแจ้งปิดการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NPRP เฉพาะกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส โดยมีผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เป็นต้นไป ทั้งนี้ หน่วยบริการสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ตาม QR code ที่แนบ และตรวจสอบรายงานการจ่ายชดเชย ได้ที่ <http://seamlessfordmis.nhso.go.th> กรณีมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ Provider center หมายเลขโทรศัพท์ ๑๒๓๐ กด ๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

  
(นางพรพรรณ เจริญสกุลวงศ์)  
ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน  
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

QR Code : แนวทางบันทึก KTB



ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ  
ผู้ประสานงาน น.ส.ศศนางค์ โพธิ์ตระกูล / น.ส.ปวีตนา รอดิสิตา  
สำนักงานเขต ๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด  
๒. ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑-๑๓  
FM-7.71 04-042

ฉบับที่ 02  
วันที่ 01 มีนาคม 2568

แจ้งแนวทางการบันทึกข้อมูลการรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) เพียงระบบเดียว และขอแจ้งปิดการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NPRP เฉพาะกรณีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส โดยมีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2568

หน่วยบริการสามารถศึกษารายละเอียดแนวทางการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ตาม ลิงค์ที่แนบ [https://drive.google.com/file/d/1cODu2fDvnjXsUvbKIMPB9aedLUYNE\\_jd/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1cODu2fDvnjXsUvbKIMPB9aedLUYNE_jd/view?usp=drive_link) และตรวจสอบรายงานการชดเชยได้ที่ <https://seamlessfordmis.nhso.go.th>



๖6204\_แจ้งแนวทางบันทึกซิฟิลิสผ่าน\_KTB.pdf

## 6. บริการการตรวจหลังคลอด

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการหลังคลอด และประเมินความเสี่ยงของหญิงหลังคลอด
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการตรวจหลังคลอด ตาม ข้อแนะนำของกรมอนามัย <b>ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด</b>	<u>1. บริการตรวจหลังคลอด</u> ครั้งที่ 1 หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน ครั้งที่ 2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด		ไม่เกิน 3 ครั้ง	150 บาท/ ครั้ง
	<u>2 บริการยาเสริม</u> ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด		ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด	135 บาท / ครั้ง
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

# 7. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) เพื่อให้เด็กไทยแรกเกิดเข้าถึงการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์</li> <li>2) เพื่อลดปัญหาเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องที่ป้องกันได้ จากภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด</li> <li>3) เพื่อให้เด็กที่มีผลการตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ที่ผิดปกติได้รับการตรวจยืนยัน และรักษา</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1</li> <li>2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์</li> <li>3. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน</li> </ol>		1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH รวมค่าขนส่ง	1 ครั้ง	135 บาท/ครั้ง/คน รวมค่าขนส่ง
		2. ค่าติดตามเด็กที่มีผลการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ผิดปกติและตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (Thyroid function test) และให้ยา Thyroxine ภายใน 14 วัน (TSH)	1 ครั้ง	350 บาท/ครั้ง/คน
โปรแกรม	บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS			

## 8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandam mass spectrometry (TMS)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) เพื่อให้เด็กไทยแรกเกิดเข้าถึงการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก</li> <li>2) เพื่อให้เด็กที่มีผลการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ที่ผิดปกติได้รับการตรวจยืนยัน และรักษา</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด</li> <li>2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน/ประเมินความผิดปกติ</li> </ol> <p>(H67 : ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี)</p>

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandam Mass Spectrometry (TMS)		ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	1 ครั้ง	500 บาท/ครั้ง/คน รวมค่าขนส่ง
โปรแกรม	บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS			

# 9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแว่นตา สำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการ รักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตา ผิดปกติได้

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<b>1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ</b> 1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 1.2 การตรวจวินิจฉัยวัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดย จักษุแพทย์ 1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน	เป็นค่าใช้จ่ายเหมารวม <b>ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่นรวมอุปกรณ์ ค่าประกอบ และค่าตรวจประเมิน</b> 1. <u>Stock lens</u> ในอัตรา 800 บาท/คน/ปี 2. <u>Lab lens</u> ในอัตรา 1,000 บาท/คน/ปี		1 อัน/ปี	800 1,000
<b>โปรแกรม</b>	<b>โปรแกรม e-Claim</b>			

# 10. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก</li> <li>2. ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้รับการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ</li> </ol>			
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล			
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยแพทย์ หรือทันตแพทย์			
ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปาก กรณีพบรอยโรคในช่องปากให้ตรวจเนื้อเยื่อ ตัดชิ้นเนื้อ และส่งตรวจ	1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก โดยรวม ค่า Biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา		1 ครั้ง	600
	2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา			
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			



# 11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	1) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) เพื่อตรวจพบและรักษาผู้ที่เป็น early pre cancer ของ CA cervix ในระยะเริ่มแรก
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทย อายุ 30 – 59 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล หรือ หญิงไทย อายุ 15 - 29 ปี กรณีที่มีความเสี่ยงสูงโดยรับบริการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (H42 : บริการตรวจแลป HPV-DNA Test )

รายการบริการ	รพ.สต.	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	ร้านยา	คลินิก พยาบาล*	คลินิกเทคนิค การแพทย์	คลินิก เวชกรรม	รพช.	รพท. /รพศ. รพม.	ศูนย์อนามัย (หน่วยที่มี ศักยภาพ)	ศูนย์วิทย์ / กรมวิทย์	รับส่งต่อเฉพาะด้าน เทคนิคการแพทย์ / คณะเทคนิคการแพทย์
1. คัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA) **	✓	✓				✓	✓	✓	✓		
2. คัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test											
1) บริการเก็บตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.1) เก็บด้วยตนเอง (HPV Self sampling) ***											
1.2) เก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์	✓	✓				✓	✓	✓	✓		
2) ตรวจทางห้องปฏิบัติ HPV DNA test					✓		✓	✓	✓	✓	✓
3) บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี LBC							✓	✓		✓	✓
3. ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP)และตรวจทางพยาธิวิทยา							✓	✓			

# 11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)	
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
1.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยขอให้ใช้วิธี HPV DNA test 2.กรณีที่เกิดผลการคัดกรองผิดปกติให้คำปรึกษา และ ส่งตรวจยืนยัน 3.หากผลการตรวจยืนยันพบผิดปกติ ให้คำปรึกษาและส่งต่อเพื่อการรักษา	<b>1. บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test</b> 1.1 บริการเก็บตัวอย่าง - เก็บโดยบุคลากรสาธารณสุข - เก็บด้วยตนเอง (HPV Self-sampling)		1 ครั้ง / 5 ปี	50	
		1.2 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการจัดการ 1) กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type 16,18 other) 2) กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 type fully )		280	
				370	
		<b>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear/VIA</b>			250
		<b>3. บริการตรวจยืนยัน</b> 1) บริการตรวจทางเซลล์วิทยา ด้วยวิธี Liquid based cytology: ส่งตรวจยืนยัน กรณีพบผลผิดปกติ HPV type non 16/18			250
		2) บริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปี หลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ			250
		3) บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcopy รวมการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา : ส่งตรวจยืนยัน กรณีพบผลผิดปกติ HPV type 16/18 หรือกรณีผลตรวจ Liquid based cytology ผิดปกติ หรือ ผลตรวจด้วยวิธี Pap smear พบผิดปกติ			900

# 11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม บริการ
<p>4. หลักการในการดำเนินการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test</p>	<p>1) ขยายบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย วิธี HPV DNA Test ให้เพิ่มขึ้น โดยหน่วยบริการที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ การจัดบริการให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2) การรับรองมาตรฐานหน่วยบริการให้บริการ HPV DNA Test : หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HPV DNA Test เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ตาม ISO 15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการรับรองโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ มาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงกันได้ในระดับเดียวกัน และต้องมีเครื่องขยายการส่องตรวจ Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่มีการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test แล้วพบผลผิดปกติ</p> <p>3) ด้านการจัดระบบบริการตรวจคัดกรองฯ</p> <p>3.1 ให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพฯ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ทดแทน Pap Smear / VIA</p> <p>3.2 หน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจ ด้วย HPV DNA Test (Center Lab) <u>ต้องมีการจัดเครื่องขยาย การให้บริการ/ระบบ logistic ร่วมกับ หน่วยบริการเก็บตัวอย่าง / หน่วยนวัตกรรม เช่น ร้านยา ภายในเขตพื้นที่ เพื่อให้สามารถดำเนินการบริการตรวจคัดกรอง ประสานการส่งต่อได้อย่างครบถ้วน</u></p> <p>3.3 หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายคนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA test, Pap smear, VIA) เว้นแต่กลุ่มเป้าหมายต้องการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test ถ้าไม่เคยตรวจด้วยวิธีนี้มาก่อน ให้สามารถตรวจได้เลยหรือในปีถัดไป หลังจากการตรวจด้วยวิธีอื่น</p>
โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

# 11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

## Flow : การจัดระบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test

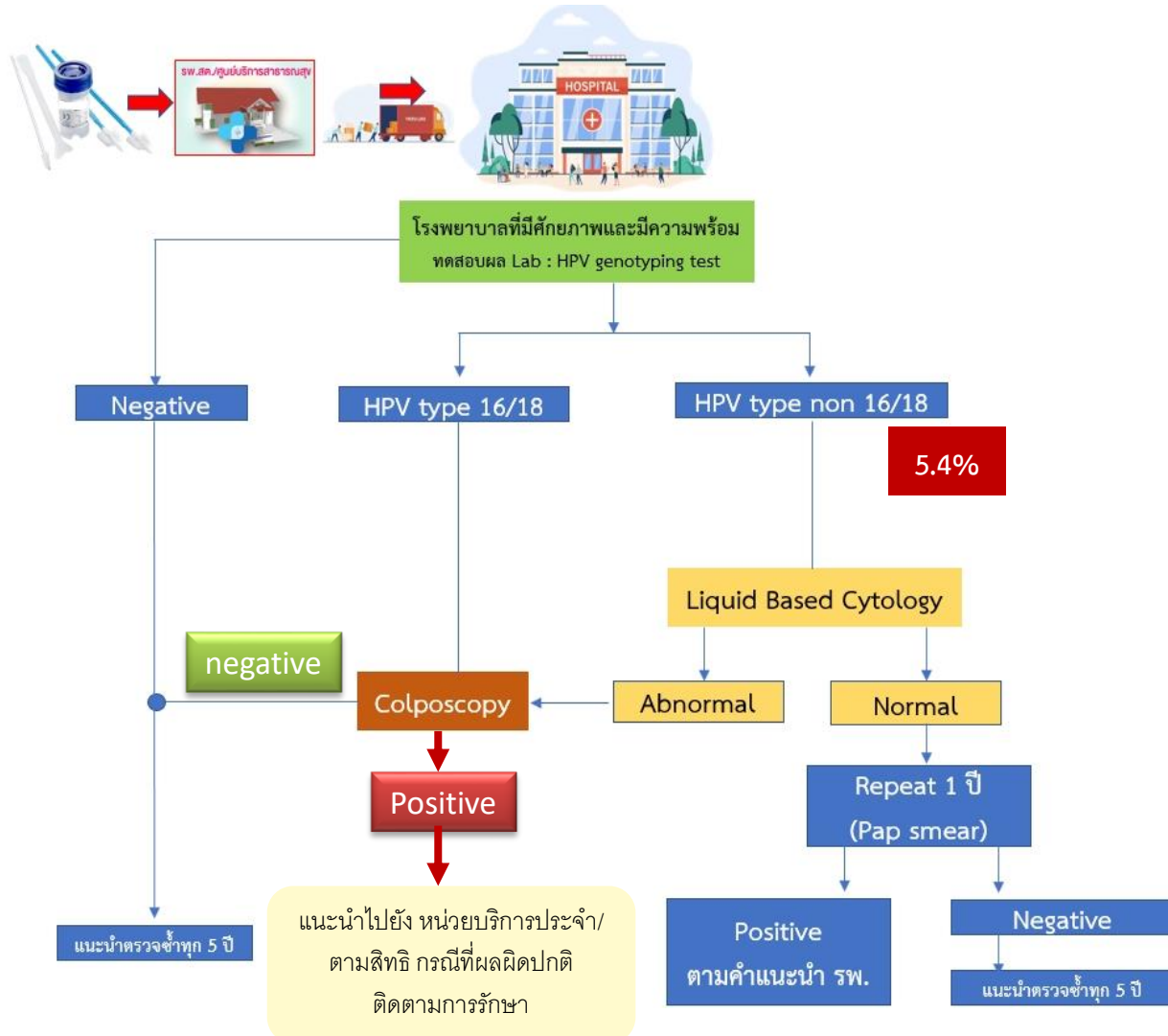


“\*” กรณีคลินิกพยาบาล ให้รอประกาศฯ ลงนามก่อน จึงจะสามารถให้บริการตรวจคัดกรองฯ ด้วยวิธี HPV Self-sampling ได้

# 11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

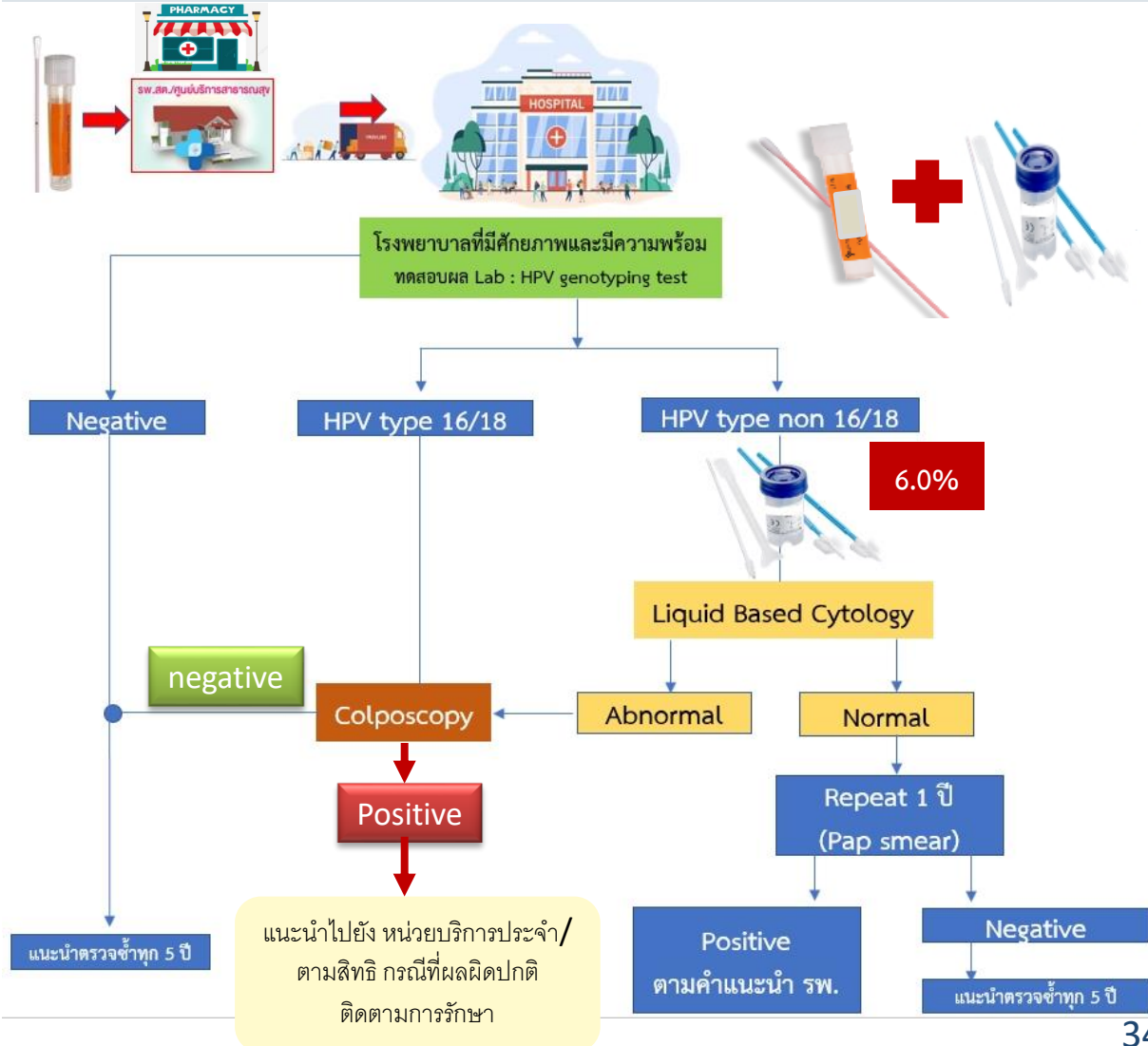
## ตรวจโดยบุคลากรสาธารณสุข

กรณีการตรวจ HPV โดยบุคลากรสาธารณสุข : หากพบผลตรวจ HPV type non 16/18 + ไม่จำเป็นต้องติดตามประชาชนมาเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อตรวจยืนยันด้วย Liquid base cytology เนื่องจากสามารถใช้ specimen เดิมตรวจได้



## เก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV-self sampling)

กรณีการตรวจด้วย HPV Self-sampling : หากพบผลตรวจ HPV type non 16/18 + จำเป็นต้องติดตามประชาชน มาเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อตรวจยืนยันด้วย Liquid base cytology ที่หน่วยบริการอีกครั้ง





วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจคัดกรองค้นหาการกลายพันธุ์ของยีนโรคมะเร็งเต้านม ให้พบในระยะเริ่มต้น และได้รับการรักษาเร็ว
กลุ่มเป้าหมาย	<p>บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ <b>สำหรับ</b> ประชาชนไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> <p>1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุไม่เกิน 45 ปี</li> <li>1.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุ 46-50 ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.2.1 มีประวัติมะเร็งเต้านมซ้ำหลายครั้ง (second primary, bilateral, synchronous, metachronous)</li> <li>1.2.2 มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย 1 คนเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งตับอ่อน หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก</li> </ul> </li> <li>1.3 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 51 ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.3.1 มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย 1 คนที่เป็น <ul style="list-style-type: none"> <li>1) มะเร็งเต้านมที่อายุไม่เกิน 50 ปี หรือมะเร็งเต้านมในผู้ชาย หรือ</li> <li>2) มะเร็งรังไข่ หรือ</li> <li>3) มะเร็งตับอ่อน หรือ</li> <li>4) มะเร็งต่อมลูกหมาก (metastatic, intraductal/cribriform histology, high or very high risk group)</li> </ul> </li> <li>1.3.2 มีประวัติผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 3 คนที่เป็นมะเร็งเต้านม</li> <li>1.3.3 มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย 2 คนที่เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก</li> </ul> </li> <li>1.4 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกช่วงอายุ ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.4.1 เป็นมะเร็งเต้านมแบบ triple negative</li> <li>1.4.2 เป็นมะเร็งเต้านมในผู้ชาย</li> </ul> </li> </ul> <p>2) ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2</p>



## 12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)

<b>หน่วยบริการ / ศักยภาพ</b>	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <p><b>1. หน่วยเก็บตัวอย่าง :</b> เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ <b>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกแห่ง</b> โดยมีแพทย์ที่สามารถให้บริการปรึกษาและส่งตรวจฯ ได้แก่</p> <p>1.1 ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา ศัลยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์รังสีรักษา แพทย์มะเร็งนรีเวช แพทย์เวชพันธุศาสตร์</p> <p>1.2. แพทย์สาขาอื่นๆ เช่น ศัลยแพทย์ทั่วไป แพทย์นรีเวชทั่วไป <u>หากต้องการเข้าร่วมควรต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา Genetic counseling ก่อน</u></p> <p>1.3. บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น พยาบาล <u>หากต้องการเข้าร่วมควรต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา Genetic counseling ก่อน</u></p> <p><b>2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2:</b> เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรง (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ ภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)</p>
------------------------------	---

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการให้คำปรึกษา บริการเก็บตัวอย่าง จัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง และการตรวจยีน BRCA1 BRCA2	1) <u>ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม</u> <u>บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม</u> บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	2) <u>ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</u>	1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต	500
		2.1) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต	ไม่เกิน 10,000
		2.2) ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต	ไม่เกิน 2,500
โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim			

# 13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit Test)

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรไทยที่มีอายุ 50-70 ปี
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 1) หน่วยบริการปฐมภูมิ 2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป 4) หน่วยนวัตกรรมบริการ : คลินิกเทคนิคการแพทย์

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กรณีพบผลผิดปกติให้ส่งตรวจยืนยัน		1) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 2) บริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วย Colonoscopy, Biopsy และ Polypectomy : กรณีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย FIT Test ผิดปกติให้บริการปรึกษาและส่งตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง <b>ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายจากงบการรักษาของแต่ละกองทุนสิทธิ ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UC เบิกจ่ายตามระบบ ODS/DRG</b>	1 ครั้งทุก 2 ปี	60
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

# 14. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
กลุ่มเป้าหมาย	การคัดกรองโลหิตจางฯ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์) ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)		บริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC)	1 ครั้ง ตลอดชีวิต	65
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

# 15. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
กลุ่มเป้าหมาย	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด) ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโพลีค

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโพลีค	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโพลีค ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (รวม 52 เม็ดต่อปี) กรณีตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ		1 ครั้งต่อปี	80
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			

# 16. บริการเคลือบฟลูออไรด์

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพทางช่องปากของกลุ่มวัยแรงงาน</li> <li>2. เพื่อป้องกันโรคฟันผุสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชาชนไทยที่มีอายุ 25 – 59 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ</li> <li>2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ , ระหว่างต้องโทษ)</li> </ol>
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน



ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการให้คำปรึกษา และเคลือบ ฟลูออไรด์ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ต้องขัง	<p>บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูง เฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) กลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษาเมเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือ จากการรักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือ สาเหตุอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกกร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด</li> <li>2) ผู้ต้องขัง ระหว่างต้องโทษ</li> </ol>		<p>ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี</p> <p>ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ)</p>	100 บาท/ครั้ง

โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB (รายการผู้ต้องขัง)
---------	---

# 17. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ตามเงื่อนไขประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา)

วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษา <b>ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา</b>
หน่วยบริการ/ ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ในกรณียุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ต้องผ่านการขึ้นทะเบียนด้วยยา ต้องผ่านการขึ้นทะเบียนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (H36 : ยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ รพ.เสนางคนิคม, รพ.หัวานใหญ่, รพ.นาตาล, รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยวิธีใดวิธีหนึ่ง	<ol style="list-style-type: none"> <li>ยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) <b>(โดยใช้อยุติการตั้งครรภ์)</b></li> <li>ยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีศัลยกรรม เช่น               <ol style="list-style-type: none"> <li>การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA)</li> <li>การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) ใดอย่างหนึ่ง</li> </ol> </li> </ol> <p><i>ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</i></p>		1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	3,000
โปรแกรม	โปรแกรม e-Claim			



# การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย

คำแนะนำการยุติการตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้หญิงจะได้รับสิทธิให้ทำแท้งถูกต้องตามกฎหมาย ดังนี้



- 1 จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงนั้น
- 2 จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์ อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง
- 3 หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ
- 4 หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์
- 5 หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังจากการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

# 18. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

1. วัตถุประสงค์	เพื่อการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงให้เข้ารับการรักษาโดยเร็ว
2. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด</li> <li>2. <b>ผู้ต้องขัง</b> ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง <b>(3 ครั้ง ต่อปี)★</b></li> <li>3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี</li> <li>4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน</li> <li>5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย</li> <li>6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง</li> <li>7. บุคลากรสาธารณสุข</li> </ol>
3. หน่วยบริการ/ศักยภาพ	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับส่งต่อทั่วไป</li> <li>2. รับส่งต่อเฉพาะเทคนิคการแพทย์</li> </ol>

# 18. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)	
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
1. บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค และวัณโรคคอตีบ	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)		ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	100 บาท/คน	
		2. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคคอตีบยา First - line drugs บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้ 2.1 TB-LAMP 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 2.3 Real-time PCR MTB/MDR 2.4 Line Probe Assay (LPA)			200 บาท/ครั้ง 500 บาท/ครั้ง 600 บาท/ครั้ง 600 บาท/ครั้ง
		3. หากตรวจพบผลคอตีบยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคคอตีบยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคคอตีบยา (RR/MDR-TB) โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้ 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) <b>หรือ</b> 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)			700 บาท/ครั้ง

# 18. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
		4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB <b>ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี</b></li> <li>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง <b>ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค Solid media</li> <li>- เทคนิค Liquid media</li> </ul> </li> </ul>	ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี	20 บาท/ครั้ง 200 บาท/ครั้ง 300 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub</li> <li>- ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</li> </ul>			

## 20. บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดอุบัติการณ์และลดอัตราการเสียชีวิต ในปี 2573</li> <li>2. ประชากรเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชากรไทย <b>ทุกสิทธิ</b> ที่เกิดก่อนปี 2535</li> <li>2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)</li> <li>2.2 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</li> <li>2.3 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)</li> <li>2.4 บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel)</li> <li>2.5 ผู้ต้องขัง (Prisoner) (3 ครั้ง ต่อปี คือ แรกรับ 1 ครั้ง, ต้องโทษ 1 ครั้ง/ปี, ก่อนพ้นโทษ 1 ครั้ง)</li> </ol> </li> </ol>
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	<p>หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี</li> <li>2. ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี</li> </ol>

## 20. บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี (ต่อ)

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti- HCV	1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม		1 ครั้งตลอดชีวิต  กลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง	50 บาท/ครั้ง/คน 50 บาท/ครั้ง/คน/ปี
		บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มี ผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) HCV core antigen 2) HCV RNA (qualitative method)	ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อคนต่อปี  (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)	400 1,690
โปรแกรม	1. ตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim			



# 21. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้คู่สมรสเลือกระยะเวลาการมีบุตร และจำนวนบุตร ด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม 2. เพื่อป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. เพื่อป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ (กรณีเพศหญิง หมายถึง อยู่ในช่วงที่มีประจำเดือน ) ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว และ กิ่งถาวร และให้คำปรึกษาในการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว การใช้ยาและผลข้างเคียง	1.บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน		ครั้งละไม่เกิน 3 แผง และคนละไม่เกิน 13 แผง/ปี	1. เหม่าจ่าย 40 บาท/แผง 2. เหม่าจ่าย 80 บาท/แผง (มี Lynestrenol 0.5 mg.) สำหรับหญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน และผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออรา
	1.2. บริการฉีดคุมกำเนิด		ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	60 บาท/ครั้ง
	1.3. บริการใส่ห่วงอนามัย		1 ครั้ง/คน/ปี	800 บาท/ครั้ง
	4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.2 บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด		1 ครั้งครอบคลุม 3 ปี	ฝัง 2,150 บาท/ครั้ง ถอด 350 บาท/ครั้ง
	5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน		ไม่เกิน 2 แผง/คน/ปี	50 บาท/แผง
	6. บริการถุงยางอนามัย		ไม่เกิน 10 ชิ้น/คน ไม่เกิน 365 ชิ้น/คน/ปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา	เหม่าจ่ายค่าบริการ 10 บาท สำหรับหน่วยบริการในระบบ UC ที่ไม่ได้รับงบเหม่าจ่ายรายหัว
	โปรแกรม		บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim	

## 22. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (OV Rapid Diagnosis Test : OV-RDT หรือ OV Antigen Rapid test Kit : OV-ATK KIT)</li> <li>2. เพื่อตรวจพบและรักษาผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ ได้ตั้งแต่ระยะแรก</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประวัติการติดเชื้พยาธิใบไม้ในตับ</li> <li>2. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ในตับ</li> <li>3. มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบ</li> </ol>
หน่วยบริการ/ ศักยภาพ	<p>หน่วยนวัตกรรมบริการในระบบ UC ที่มีศักยภาพตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม, หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์, หน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเวชกรรม, หน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ ศักยภาพ Lab Anywhere</p>

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ	ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)		1 ครั้ง / คน / ปี	150
โปรแกรม	ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS			

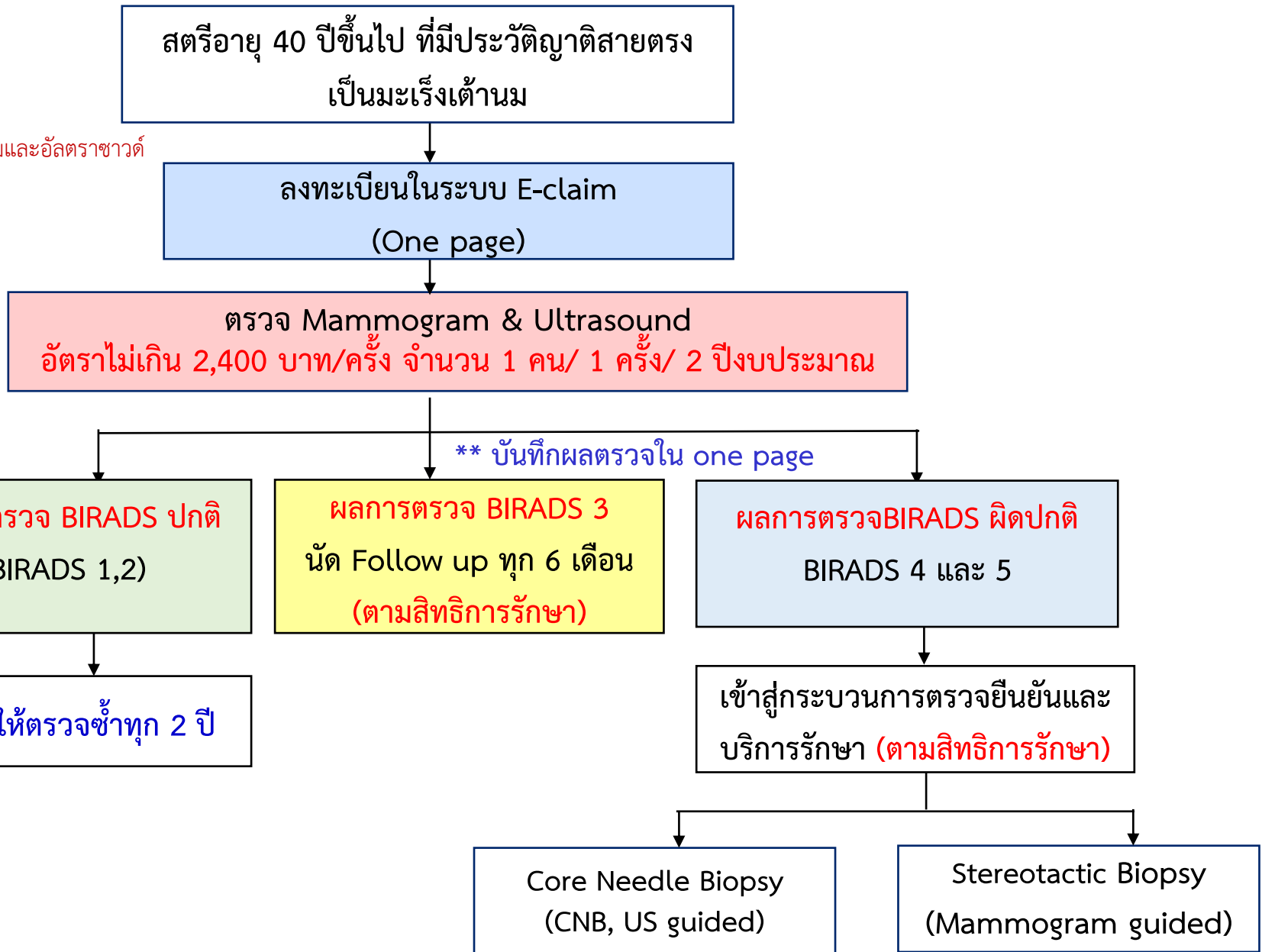
# 23. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์</li> <li>2. เพื่อตรวจพบและรักษาผู้ที่เป็น early pre cancer ของ CA breast ได้ตั้งแต่ระยะแรกและลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	<p>เป็นหน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการใน 2 กิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง</li> <li>2. บริการที่ให้บริการตรวจ ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์</li> </ol>

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการค้นหาคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง (ลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขตาม แนวทาง/ หลักเกณฑ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์)</li> <li>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ <b>1 ครั้งทุก 2 ปี</b></li> </ol>	จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์			ไม่เกิน 2,400 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim			

\*\*แนวทางบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์  
เป็นไปตามแนวทางของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

หน่วยที่ให้บริการ : หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการใน 2 กิจกรรม ดังนี้  
1. บริการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง  
2. บริการที่ให้บริการตรวจ ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์  
บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม E-claim



# 24. บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด

## บริการคัดกรองเบาหวาน (อายุ 35-59 ปี กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการคัดกรองเบาหวาน และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล การวินิจฉัยสั่งการรักษา และส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน)
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC สามารถให้บริการคัดกรองเบาหวาน

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการคัดกรองเบาหวาน	<p><b>1. ประชาชนอายุ 35-59 ปี กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ภาวะอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย <math>\geq 25</math> กก./ม<sup>2</sup> และ/หรือรอบเอว <math>\geq 90</math> ซม. ในผู้ชาย หรือ <math>\geq 80</math> ซม. ในผู้หญิง</li> <li>มีประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่หรือน้อง) เป็นเบาหวาน</li> <li>เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังกินยาควบคุมความดันโลหิต</li> <li>มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือกำลังกินยาลดไขมันในเลือด</li> <li>มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหารหรือการตรวจน้ำตาลในเลือด 2 ชม.หลังกินกลูโคส 75 กรัม</li> <li>ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กก.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยง (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน)</li> </ol>	1 ครั้ง/ปี	40
โปรแกรม	ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim			

# 24. บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด

## บริการคัดกรองไขมันในเลือด (อายุ 45-70 ปี)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการคัดกรองระดับไขมันในเลือด และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล การวินิจฉัยสั่งการรักษา และส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 45-70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการให้บริการคัดกรองเบาหวาน และไขมันในเลือด

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการคัดกรองไขมันในเลือด	<u>2. ประชาชนอายุ 45 – 70 ปี</u>	ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)	1 ครั้ง/5ปี	160
โปรแกรม	ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim			



# 25. ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นทุกชนิด
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ
หน่วยบริการ/ศักยภาพ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้

ขอบเขตบริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา(บาท)
	บริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ให้บริการวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI)</li> <li>2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่</li> <li>3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล</li> <li>4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์</li> </ol>		ให้วัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยการให้บริการวัคซีนแก่ผู้รับบริการให้เป็นไปตามรายการ กลุ่มเป้าหมายและความถี่ของการให้บริการวัคซีนตามประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข)	20 บาทต่อโดส
โปรแกรม	บันทึกผ่านโปรแกรม Moph Claim กรณีบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล KTB			

โปรแกรม	บริการ PPFS
E-Claim	การทดสอบการตั้งครรภ์ / บริการฝากครรภ์ / การตรวจหลังคลอด / บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาดัดปกติ / การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก / การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 / การตรวจ Fittest / การคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก / บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก / บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย / การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี (ยืนยัน) / การวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ / การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ / การคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด / การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต / การให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ/ การคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก / บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก / บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
KTB	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก / การเคลือบฟลูออไรด์ / การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี (คัดกรอง) / การคัดกรองโรคซิฟิลิส / <b>การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ</b>
NPRP	การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ / การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ / การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ / การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) / การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandam /
Moph	บริการให้วัคซีนป้องกันโรค
NTIP	การคัดกรองวัณโรคระยะแฝง / การตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

## เงื่อนไขการจ่ายกรณีสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จ่ายตามรายการบริการ

### 1. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ยกเว้น

- บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมน (TSH)
- บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด
- บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- บริการตรวจส่งตรวจของหน่วยบริการที่รับตรวจส่งตรวจมาจากหน่วยบริการอื่น เช่น บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2 หรือบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

### 2. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2569 ต้องส่งภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2569

### 3. มีระบบการ Pre Audit และ Post Audit

### 4. การติดตามการออก Statement ได้ที่

- ส่งข้อมูลผ่าน E-Claim <https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/main/MainWebAction.do>
- ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมอื่น ๆ <https://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf>

### 5. การติดตามผลการดำเนินงาน

- <https://medata.nhso.go.th/appcenter/mis/ppsss>

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามรายการบริการ PP Fee schedule

นายฤทธิชัย สุขหนองโป่ง  
นักบริหารงานหลักประกันสุขภาพ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี



**063-0787752**

