



**แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีงบประมาณ 2567**

ความเป็นมา/ที่มา

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

ความเป็นมา/ที่มา (ต่อ)

3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

4) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลงวันที่ 10 มกราคม 2566

5) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

6) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี ลงวันที่ 10 มกราคม 2566

7) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

8) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็น 3 รายการย่อย ดังนี้
 - 1) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ
 - 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด
 - 3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรณีบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2566

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

*เป้าหมาย Thai pop 66.286 ล้านคน
ณ 1 เมษายน 2565 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

Central Procurement
&NPP (26.75 บาท/ คน)

PPA
(4 บาท/ คน)

P&P basic service
(291.81 บาท/ คน)

PP HIV AIDS

1.) Central Procurement

- วัคซีน EPI, วัคซีนไขหวัดใหญ่, วัคซีน HPV, และ วัคซีน Rotavirus
 - ยุยุดิการตั้งครรรค์
 - ฤงยงอนนम्मัย
- ## 2.) NPP
- สมุดบันทึกสุขภาพ
 - โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยหน่วยบริการ
 - สายด่วนสุขภาพจิต
 - สายด่วนเลิกบุหรี

1.) จ่ายตามโครงการบริการ PP ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ ฯ

2.) ให้ สปสช.เขตจัดให้มีกลไกการอนุมัติ การกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณตามที่กำหนดโดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับพื้นที่

การจัดสรรงบประมาณ

- 1.) จำนวน 232.32 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ รวมค้ดรองการไต้ยีนเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก อายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี) การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรรค์ บริการคัดกรองโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนโควิด ค่าบริการฉีดวัคซีนพื้นฐาน EPI และบริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยค้दनณ ดังนี้
 - 65 % เหมมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
 - 35 % เหมมาจ่ายตาม Workload เดือน เมย.64-มีค.65 หรือที่เป็นปัจจุบัน
- 2.) จำนวนที่เหลือ 59.49 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 22 รายการ (เน้นกลุ่มวัยทำงาน) โดยทุกรายการต้องมีระบบ Authentication และระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริต

5

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

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

รายการ	การบริหารจัดการ
<p>1) Central Procurement</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน EPI 2) วัคซีนป้องกันโรคใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล 3) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช.กำหนด 4) วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า 5) ค่ายาสำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 6) ฤกษ์ยามอนามัย 	<p>จ่ายเป็น วัคซีน ยาหรือเวชภัณฑ์การกระจายโดยผ่าน องค์การเภสัชกรรมระบบ VMI</p>
<p>2) NPP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และคู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) 3) สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน 	<p>จัดพิมพ์โดยกรมอนามัย กระจายผ่าน สสจ.</p>
<p>3) โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดย หน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 3.2 บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 	<p>จ่ายตามรายการบริการ Fee schedule ให้แก่หน่วย บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ 3.2 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

2). บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด

1.วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด 2. เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. กลุ่มเป้าหมาย	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่ บุคคล กลุ่มบุคคล หรือครอบครัวที่เป็นคนไทย</p>
3. หลักการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาพื้นที่ในระดับเขตและจังหวัด โดยหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน 2. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กร ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2559 ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

<p>1. หน่วยบริการ</p>	<p>ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
<p>2. หน่วยงานของรัฐ</p>	<p>ที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการในระดับเขตพื้นที่ สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ</p>
<p>3. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร มีองค์ประกอบดังนี้</p>	<p>(3.1) มีที่ตั้งองค์กรและรายชื่อกรรมการขององค์กร (3.2) เป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จนถึงวันขอรับการสนับสนุน (3.3) มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่ายที่แสดงถึงกิจกรรมในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง (3.4) มีสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร หรือสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ หรือหลักฐานการเงินอื่นในตนเองเดียวกัน (3.5) มีหลักฐานการเป็นนิติบุคคล หรือกรณีที่ไม่ได้เป็นนิติบุคคลจะต้องมีหนังสือรับรองของสำนักงาน หรือหน่วยบริการภาครัฐ หรือสำนักงานเขต หรือหน่วยงานของรัฐอื่น เพื่อรับรองการมีอยู่ขององค์กรเอกชน</p>

3). บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

3.1) รายการบริการ P&P Workload ปี 2567 ใช้ 2566 ไปพลาง (จำนวน 5 รายการ)

1. จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
2. จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการซึ้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
3. จำนวนทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี) ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ (คน)*
4. จำนวนทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน(อายุ 6-12 ปี) ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (คน)*
5. จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรค ซึมเศร้า (คน)

ใช้ข้อมูล วันที่ 1 เมย.65 - 31 มีค.66 (กรณีจัดสรร 67) จ่ายพร้อมค่าเหมาจ่ายรายหัว

3.2) รายการบริการ P&P Fee schedule





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



รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1. การทดสอบการตั้งครรภ์	
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	75
2. บริการฝากครรภ์	
2.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์	360
2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) การตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	600
2) การตรวจ VDRL และ HIV	190
2.3 ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์	400
2.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน	500
3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ 1) Hb typing 2) กรณีผลการตรวจ Hemoglobin typing ไม่ชัดเจน ให้สามารถดำเนินการตรวจ 2.1) Alpha-thalassemia 1 (PCR) และ/หรือ 2.2) Beta-thalassemia (Mutation analysis)	270 800 3,000
3.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1) ค่าทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2.1) DNA Based Analysis 2.2) Hemoglobin typing	2,500 3,000 270
3.3 การยุติการตั้งครรภ์	3,000

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
4.บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	
4.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1) การเจาะเลือดปั่นซีรัม 2) การเจาะเลือดปั่นซีรัมและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ	100 200
4.2 ค่าบริการตรวจ Quadruple test 1) การตรวจ Quadruple test 2) การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1,200 1,300
4.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 1) ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ 2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์	2,500 2,500
4.4 การยุติการตั้งครรภ์	3,000
5.บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	
5.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screening	120
5.2 การคัดกรองซีฟิลิส 1) ค่าตรวจ VDRL 2) ค่าตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ	50 100
6.การตรวจหลังคลอด	
6.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด	11 150
6.2 ค่ายาเสริม ไอโอดีน ราตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine)	135



2 รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

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

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
บริการ คัดกรอง ภาวะพร่องฮอโมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ในเด็กแรกเกิด	
7.บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอโมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)	
7.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอโมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)	135
7.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันยืนยันภาวะพร่องฮอโมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	350
8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่องTandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	500
9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	
- ค่าเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	800
- เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens)	1,000



3 รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

กลุ่มอายุ 15-59 ปี (13 รายการ)



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



4 รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566

กลุ่มอายุ 15-59 ปี (13 รายการ) (ต่อ)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)	รายการบริการ	อัตรา(บาท)
19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาไวรัสโรครในกลุ่มเสี่ยงสูง		20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	
19.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสโรครด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100	20.1 ชุดบริการตรวจและประเมินความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเวว ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรื แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	100
19.2 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อไวรัสโรครโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)	500	20.2 ชุดบริการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรครเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดและซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการใช้บุหรื แอลกอฮอล์และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	150
19.3 ค่าตรวจวินิจฉัยไวรัสโรครและไวรัสโรครดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้		20.3 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงตามข้อ 20.2 หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุ ในประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข	40
1) TB-LAMP หรือ	200	20.4 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL	160
2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	500	21. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	
3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	600	ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรครคอตีบและบาดทะยัก(dT)	20
4) Line Probe Assay (LPA)	600	22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรครไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	
19.4 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อไวรัสโรคร (Culture)		ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรครไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	20		
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture			
1.1) เทคนิค Solid media	200		
1.2) เทคนิค Liquid media	300		
19.5 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยไวรัสโรครดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี			
1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ	700		
2) Real-time PCR MTB/XDR	700		



รายการบริการ P&P Fee schedule ปี 2566 (รายการเพิ่ม)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
23. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี	
23.1 ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	50
24. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	
24.1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV Screening test)	50
24.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังต่อไปนี้	
1) HCV core antigen	400
2) HCV RNA (qualitative method)	1,690

1. บริการทดสอบการตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 4 ครั้ง/คน/ต่อปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim หน่วยบริการ Non cap : โปรแกรม KTB

2. บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. บริการฝากครรภ์ กิจกรรมบริการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข2. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง<ol style="list-style-type: none">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)ครั้งที่ 2 ตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด3. บริการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1 ครั้ง4. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน จำนวน 1 ครั้ง โดยมี 2 กิจกรรม<ol style="list-style-type: none">4.1 บริการตรวจสุขภาพช่องปาก4.2 บริการขัดทำความสะอาดฟัน (Oral prophylaxis)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้

2. บริการฝากครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none">ค่าบริการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท ต่อครั้ง การเบิกค่าบริการตั้งแต่ครั้งที่ 9 ขึ้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบการพิจารณาจ่ายค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 <u>ตรวจครบทุกรายการที่กำหนด</u> ได้แก่ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ได้แก่ การตรวจ VDRL และ HIV Antibody เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขูดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์ <p>ทั้งนี้การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้</p>
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim หน่วยบริการ Non cap : โปรแกรม KTB

2. บริการฝากครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปประมวลกฏหมายอาญา ที่แก้ไขตาม "พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564 " หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย</p> <ol style="list-style-type: none">1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ สำหรับบริการซึบประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงการประสานส่งต่อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง2. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูอายุครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์

3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> - Hb typing - ถ้าผลตรวจ Hb typing ไม่ชัดเจน สามารถตรวจ Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemia 2. การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND เมื่อผลการตรวจยืนยันเป็นคู่เสี่ยง ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง <ul style="list-style-type: none"> - การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือ - การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ - การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) 3. การตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของการตกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous β-thalassemia β-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis <ol style="list-style-type: none"> 1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ 2) ตรวจ Hb typing 4. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

3. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาท:การตั้งครรภ์ ต่อคน - Alpha - thalassemia 1 จ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน และ/หรือ - Beta thalassemia mutation จ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อคน 2. ตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาท:การตั้งครรภ์ 3. ตรวจสอบส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> - DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์ - Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาท:การตั้งครรภ์ 4. ค่าการยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ ป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB

4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<p>1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none">1.1) การเจาะเลือดป็นซีรัม1.2) การส่งซีรัมเพื่อตรวจคัดกรอง1.3) การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test <p>2. การตรวจยืนยันทารกในครรภ์</p> <p>กรณีที่ผลการคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดำเนินการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">2.1) การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้<ul style="list-style-type: none">ก) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือข) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)2.2) การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซมทารกในครรภ์ <p>3. การยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่ตรวจพบผลยืนยันทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์</p>
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none">- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Quadruple test, Karyotyping)- การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์- การยุติการตั้งครรภ์

4. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าเจาะเลือดปิ่นซีรัม เหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ 2. ค่าเจาะเลือดปิ่นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 3. ค่าตรวจ Quadruple test เหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. ค่าตรวจ Quadruple test เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด เหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์ 5. ค่าหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง <ul style="list-style-type: none"> ก) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ ข) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) จ่าย 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 6. ค่าตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 7. การยุติการตั้งครรภ์ เหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

5. บริการคัดกรองราล์สซีเมียและคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคราล์สซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening 2. บริการตรวจโรคซีฟิลิส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ 2.1 ตรวจ VDRL 2.2 ตรวจยืนยันโรคซีฟิลิสด้วยวิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL พิสูจน์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองราล์สซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคราล์สซีเมีย เหมาจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 2. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซีฟิลิส 2.1 วิธี VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา 2.2 วิธี TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL พิสูจน์ จ่ายในอัตรา 100 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองราล์สซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

6. บริการตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจหลังคลอด ตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด ดังนี้ 1.1 ครั้งที่ 1 หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน 1.2 ครั้งที่ 2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 - 15 นับถัดจากวันคลอด 1.3 ครั้งที่ 3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 - 42 นับถัดจากวันคลอด 2. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการคลอด
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ดังนี้ - ครั้งที่ 1 หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน - ครั้งที่ 2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 - 15 นับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 - 42 นับถัดจากวันคลอด 2. ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด ในอัตรา 135 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

7. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) เด็กแรกเกิด 2. กรณีเด็กที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ให้ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) เพิ่มอีก 1 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ 3. การติดตามและค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 รายที่ผลการตรวจคัดกรอง TSH พิดปกติ ให้ติดตามและเจาะเลือด (thyroid function test) 3.2 รายที่ผลการตรวจคัดกรอง PKU พิดปกติ ให้ติดตามและส่งต่อเข้าระบบการดูแลโรคหายาก (rare disease)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH และ PKU รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน 2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH จ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH

8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง TMS 2. กรณีทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ให้ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก เพิ่มอีก 1 ครั้ง เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด 2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน/ประเมินความผิดปกติ
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH

การจัดเครือข่ายหน่วยตรวจคัดกรอง หน่วยตรวจยืนยันและการรักษา ระดับเขต

เขต	หน่วยตรวจคัดกรอง TSH และ ENBS	ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก
1 เชียงใหม่	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ๔ เชียงราย)	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2 พิษณุโลก	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ๔	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ๔
3 นครสวรรค์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์)	รพ.ศิริราช
4 สระบุรี	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ๔	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ๔
5 ราชบุรี	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์)	รพ.ศิริราช
6 ระยอง	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์)	รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
7 ขอนแก่น	รพ.ศรีนครินทร์	รพ.ศรีนครินทร์
8 จุฬาราชบุรี	รพ.ศรีนครินทร์	รพ.ศรีนครินทร์
9 นครราชสีมา	รพ.รามาริบัติ	รพ.รามาริบัติ
10 อุบลราชธานี	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ๔ อุบลราชธานี)	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ๔
11 สุราษฎร์ธานี	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิจัย ๔ สุราษฎร์ธานี)	รพ.ธรรมศาสตร์ ๔
12 สงขลา	คณะเทคนิคการแพทย์ มว.	รพ.พระมงกุฎเกล้า
13 กรุงเทพมหานคร	รพ.ศิริราช,รพ.รามาริบัติ,รพ.จุฬาลงกรณ์,สถาบันเด็กแห่งชาติ๔, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์)	รพ.ศิริราช,รพ.รามาริบัติ,รพ.จุฬาลงกรณ์ ,สถาบันเด็กแห่งชาติ๔

9. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 - 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 - เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน 1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ 1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย *	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1 เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง 6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อคนต่อปี (ค่าเลนส์ 600 บาท ค่าบริการตรวจประเมิน 200 บาท) 2 เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบ เหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อคนต่อปี (ค่าเลนส์ 800 บาท ค่าบริการตรวจประเมิน 200 บาท)
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

* จ่ายชดเชยย้อนหลัง สำหรับการให้บริการตั้งแต่ 1 ต.ค. 66

10. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก 2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา 3.แจ้งผลการตรวจ และติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

11 .บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ปี 2566/2567
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี
ขอบเขตบริการ	<p>บริการตรวจคัดกรอง</p> <ol style="list-style-type: none">1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด (พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก จุฬารัตน์)3. การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling) <p>บริการตรวจยืนยัน</p> <ol style="list-style-type: none">1. กรณีตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test wu สายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology2. บริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน 1 ปี หลังผล Liquid based cytology เป็นลบ3. กรณีตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test wu สายพันธุ์ 16/18 หรือผลการตรวจ Liquid based cytology พิດปกติ หรือ ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear มีผลผิดปกติ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

11 .บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA เหมาจ่ายอัตรา 250 บ./ครั้ง</p> <p>2. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self sampling)</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการเก็บตัวอย่าง เหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other Type) เหมาจ่ายอัตรา 280 บ./ครั้ง - กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป HPV High Risk เหมาจ่ายอัตรา 370 บ./ครั้ง <p>3. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology เหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</p> <p>4. บริการตรวจยืนยันชนิดด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา เหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง</p> <p>5. ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำ ด้วยวิธี Pap Smear ภายใน 1 ปี หลังผลการตรวจ Liquid based cytology พบเป็นลบ เหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</p>
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

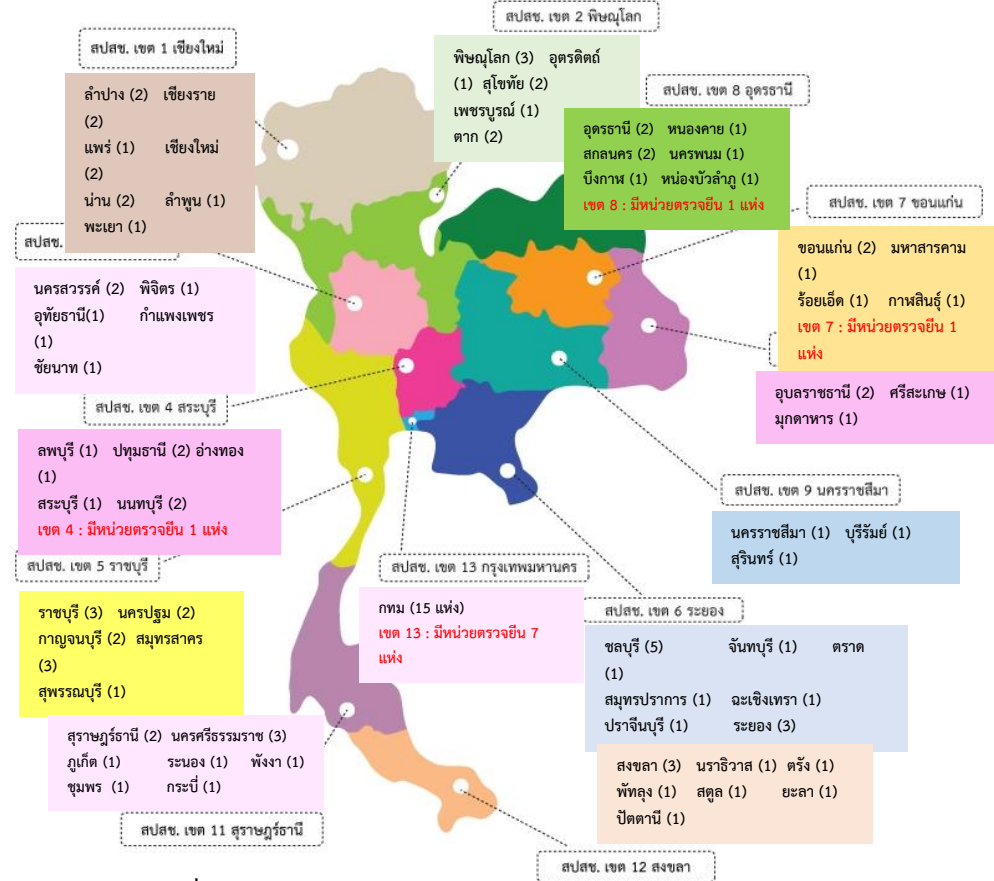
12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม 2. บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างไปยังหน่วยบริการที่ตรวจยีน 3. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างส่งตรวจ <u>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</u> 2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2: เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีนBRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)

12. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างไปยังหน่วยบริการที่ตรวจยีน จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ในอัตรา 500 บาท</p> <p>2. ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</p> <p>2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท</p> <p>2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต จ่ายตามจริงไม่เกิน 2,500 บาท</p>
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

ข้อมูลหน่วยบริการให้คำปรึกษา/เก็บตัวอย่าง และหน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ปีงบประมาณ 2567



จังหวัด	หน่วยบริการเก็บตัวอย่าง
พิษณุโลก	รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก
	รพ.สมเด็จพระยุพราชนครไทย
เพชรบูรณ์	รพ.เพชรบูรณ์
อุดรดิตถ์	รพ.อุดรดิตถ์
สุโขทัย	รพ.สุโขทัย
	รพ.ศรีสังวร
ตาก	รพ.สมเด็จพระตากสินมหาราช
	รพ.แม่สอด
รวม	9 แห่ง

13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 - 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 2. ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วยวิธีหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง คนละ 1 ครั้ง ทุก 2 ปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

14. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสี่ยง)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 25 - 59 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่นๆ รวมถึงผู้ที่มีเหงือกร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
ขอบเขตบริการ	บริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมบริการให้คำปรึกษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

15. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกคน วายุ 13 - 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาท/คน
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

16.บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกคน อายุ 13 - 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก คนละ 1 ครั้งต่อปี จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

17. บริการวางແພນครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด3. บริการใส่ห่วงอนามัย4. บริการฝังยาคุมกำเนิด ((รวมค่าถอด))5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน6. บริการให้ถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการวางແພນครอบครัว

17. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แพงและไม่เกิน 13 แพงต่อคนต่อปี <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวมให้แก่หญิงปกติทั่วไป จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 40 บาท/แพง 2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ให้แก่ 1.หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน 2.ผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออร่า จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาท/แพง 2. ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท/แพง ไม่เกิน 2 แพงต่อคนต่อปี 3. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา <ul style="list-style-type: none"> - สปสช สนับสนุนถุงยางอนามัย สำหรับหน่วยได้รับงบ PP-Capitation - จ่ายชิ้นละ 1 บาท ไม่เกิน 10 ชิ้นต่อครั้ง สำหรับหน่วยไม่ได้รับงบ PP-Capitation 4. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิดรวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 5. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ.ต่อครั้งต่อปี 6. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด (รวมค่าถอด) จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง ทุก 3 ปี
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา ฤๅสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1.1 วิธีการใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 1.2 วิธีการศัลยกรรม ได้แก่ - การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ 2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาครบถ้วน มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น

18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. วิธีการใช้ยาไมปีพรอสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack) 2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim

19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย																		
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล																		
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="386 360 1879 502"> <tr> <td>2.1 TB-LAMP</td> <td>2.2.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)</td> </tr> <tr> <td>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)</td> <td>2.3.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</td> </tr> <tr> <td>2.3 Real-time PCR MTB/MDR</td> <td>2.4.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB</td> <td>2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</td> </tr> <tr> <td>2.4 Line Probe Assay (LPA)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา First- line drugs</p> <p>4. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="347 655 869 731"> <tr> <td>4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</td> </tr> <tr> <td>4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</td> </tr> </table> <p>5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)**</p> <table border="0" data-bbox="347 775 1255 917"> <tr> <td>5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</td> </tr> <tr> <td>5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</td> </tr> <tr> <td>- เทคนิค Solid media</td> </tr> <tr> <td>- เทคนิค Liquid media</td> </tr> </table>	2.1 TB-LAMP	2.2.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	2.3.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)	2.3 Real-time PCR MTB/MDR	2.4.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)	2.4 Line Probe Assay (LPA)			4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี	5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	- เทคนิค Solid media	- เทคนิค Liquid media
2.1 TB-LAMP	2.2.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)																	
2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	2.3.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)																	
2.3 Real-time PCR MTB/MDR	2.4.1 วัณฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)																	
2.4 Line Probe Assay (LPA)																			
4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ																			
4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)																			
5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี																			
5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี																			
- เทคนิค Solid media																			
- เทคนิค Liquid media																			
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง																		

19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 100 บาทต่อครั้งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>2. กรณีผล CXR ผิดปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคด้วยยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 TB-LAMP 200 บาทต่อครั้ง 2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 500 บาทต่อครั้ง 2.3 Real-time PCR MTB/MDR 600 บาทต่อครั้ง 2.4 Line Probe Assay (LPA) 600 บาทต่อครั้ง <p>3. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ 3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) <p>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี 4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี <ul style="list-style-type: none"> - เทคนิค Solid media 200 บาทต่อครั้ง - เทคนิค Liquid media 300 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	<p>หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 : บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประเมินผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub</p>

20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ 15-34 ปี โดยให้บริการครบทุกรายการ : วัดความดันโลหิต ประมวลดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้า คัดกรองความเสี่ยงจากบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ* 2. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ 35-59 ปี โดยให้บริการครบทุกรายการ : วัดความดันโลหิต ประมวลดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้า คัดกรองความเสี่ยงจากบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และหรือจะเลือกน้ำตาล FCG* 3. บริการจะเลือกจากหลอดเลือดดำ ภายหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้ที่มีอายุ 35-59 ปีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามประกาศยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน 4. บริการจะเลือกจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต

20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต (ต่อ)

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. อายุ 15- 34 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต <p>2. อายุ 35- 59 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ค่าบริการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต ➢ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG <p>3. อายุ 45- 70 ปี</p> <p>ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL</p>	<p>เหมาจ่ายอัตรา 100 บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>เหมาจ่ายอัตรา 150 บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>เหมาจ่ายอัตรา 40 บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>เหมาจ่ายอัตรา 160 บาทต่อครั้งทุก 5ปี</p>
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim	

21. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการฉีดวัคซีน คอตีบ - บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่ แก่ประชาชนคนไทย ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยรับวัคซีน dT ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีน dT คนละ 1 ครั้งทุก 10 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม MOPH -Claim

22. บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

หัวข้อ	เงื่อนไขการจ่ายชดเชย
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
ขอบเขตบริการ	บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้กลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้งต่อปี
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม KTB การบันทึกข้อมูล กรณีหญิงตั้งครรภ์ ที่ให้บริการฉีดได้ตลอดปี ให้หน่วยบริการบันทึก รหัส B11

23. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB



หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 1.1 ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นผลบวก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 2. ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี 2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง 2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	1. ตรวจคัดกรอง บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /NAP (กลุ่มเสี่ยง) 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim/NAP (กลุ่มเสี่ยง)



ประกาศ HCV ฉบับที่ 66

สรุปการพิสูจน์ตัวตนและการบันทึกข้อมูล

รายการบริการ	Authen	โปรแกรมบันทึกข้อมูล				
		ECLAIM	NPRP	ทมองพร้อม	KTB	NTIP
1.บริการทดสอบการตั้งครรภ์	ต้องขอ Authen	√			√ Non cap	
2. บริการฝากครรภ์	ต้องขอ Authen	√			√ Non cap	
3. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	ต้องขอ Authen		√			
4. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวนีนในหญิงตั้งครรภ์	ต้องขอ Authen		√			
5. บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์	ต้องขอ Authen		√			
6. บริการตรวจหลังคลอด	ต้องขอ Authen	√			√ Non cap	
7. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพินิลคีโตบูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด	ไม่ต้อง Authen		√			
8. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	ไม่ต้อง Authen		√			

สรุปการพิสูจน์ตัวตนและการบันทึกข้อมูล (ต่อ)

รายการบริการ	Authen	โปรแกรมบันทึกข้อมูล				
		ECLAIM	NPRP	กรมพร้อม	KTB	NTIP
9. บริการเว่นตาสำหรับเด็กที่มีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ	ต้องขอ Authen	✓				
10. บริการคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	
11. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	
12. บริการตรวจยีน BRCA1 BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	ต้องขอ Authen	✓				
13. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	
14. บริการเคลือบฟลูออไรด์ (กลุ่มเสียง)	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	
15. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	
16. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ต้องขอ Authen	✓			✓ Non cap	

สรุปการพิสูจน์ตัวตนและการบันทึกข้อมูล

รายการบริการ	Authen	โปรแกรมบันทึกข้อมูล					
		ECLAIM	NPRP	หมอพร้อม	KTB	NTIP	NAP
17. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	ต้องขอ Authen	√			√ Non cap		
18. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	ไม่ต้อง Authen	√			√ Non cap		
19. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาไวรัสโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	ต้องขอ Authen					√	
20. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	ต้องขอ Authen	√			√ Non cap		
21. บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	ต้องขอ Authen			√	√ Non cap		
22. บริการวัคซีนวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล	ต้องขอ Authen				√		
23. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)	ต้องขอ Authen				√		
24. การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี							
- การตรวจคัดกรอง	ต้องขอ Authen				√		√ กลุ่มเสี่ยง
- ตรวจยืนยันโรค	ต้องขอ Authen	√					√ กลุ่มเสี่ยง

- 1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (บริการเชิงรุก และ บริการทางคลินิก)**
- 2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (ศูนย์องค์รวม)**
- 3. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)**
- 4. บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)**
- 5. บริการยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (PrEP , PEP)**



ประกาศ HIV 66



ประกาศ HIV ฉบับ 2

1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (บริการเชิงรุก และ บริการทางคลินิก)

1. วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว
2. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกคน โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males : MSM) 2. กลุ่มสตรีข้ามเพศ (Transgender : TG) 3. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex workers : FSW) 4. กลุ่มพนักงานบริการชาย (Male sex workers : MSW) 5. กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs : PWID)
3. หน่วยบริการ/ ศึกษภาพหน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน 5. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญา หรือข้อตกลงดำเนินการตามโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับสำนักงานเขต
4. ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) 2. การส่งต่อเป้าหมายเข้ารับสู่ระบบบริการ(Recruit) 3. ตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี(Testing) 4. ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา(Treat) 5. การติดตามให้ยังคงอยู่ในระบบการรักษา(Retain)
5. การจ่ายค่าบริการ	ชดเชยเป็นเงิน กรณีหน่วยบริการจะชดเชยผ่านระบบ Seamless กรณีองค์กรชุมชนที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนจะชดเชยผ่านสัญญาโครงการ
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

- บริการเชิงรุก : RRTTR
- บริการทางคลินิก : ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเชิงรุก

บริการเชิงรุก : RRTTR	อัตราจ่าย (บาท/ราย)	
	กลุ่มที่ 1 (MSM/TG/FSW/MSW) บาท/ราย	กลุ่มที่ 2 (PWID) บาท/ราย
ค่าบริการการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ Reach & Recruit	800	1,800
ค่าบริการส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพเพื่อรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Recruited to Tested	550	1,200
ค่าบริการติดตามให้กลุ่มเป้าหมายกลับมาตรวจเลือดซ้ำ Retained	450	1,000
บริการทางคลินิก : STI	อัตราจ่าย (บาท/ราย/ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี)	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส Syphilis	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองใน Chlamydia	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Gonorrhoea)	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) คัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anal pap smear)	250	

จ่ายแบบ Fee schedule

จ่ายตามผลงานบริการรายเดือนสำหรับหน่วยบริการ/CSO ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการด้าน HIV

จ่ายแบบโครงการ

สำหรับหน่วย CSO ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ทำสัญญาบริการ กับ สปสช. เขต

บริการทางคลินิก (STI)

จ่ายตามผลงานบริการรายเดือน

(บันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP)

2.บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (ศูนย์องค์รวม)

1. วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มารับบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกคน โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คู่ หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม
3. หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์การชุมชน องค์การเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร
4. ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการให้ความรู้ เรื่อง การประเมินความเสี่ยงตนเอง ความเข้าใจและส่งเสริมเข้ารับการตรวจเลือด การป้องกันโรค STI 2. การติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ เช่น รักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 3. การสนับสนุนให้ คู่ของผู้ติดเชื้อ เฉพาะกรณีคู่พลเมืองต่างได้เข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 4. บริการติดตามเยี่ยมบ้าน ในผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัส ปรับเปลี่ยนสูตรยา ป่วยเป็นวัณโรคหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราการชดเชย	<p>จ่ายค่าใช้จ่ายตามสัญญาโครงการในอัตราดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. คู่ หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ รายละ 450 บาท 1.2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม รายละ 600 บาท
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

3. บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)

1. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อวินิจฉัยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว 2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีศักยภาพบริการด้านเอชไอวี
4. ขอบเขตบริการ	บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราค่าชดเชย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริการให้คำปรึกษา ครั้งละ 7 บาท ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี 2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

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

1. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจด้วยตนเอง สมัยครใจ เป็นความลับ Normalize HIV 2. ให้มีระบบการเฝ้าระวังตนเองและลดการแพร่กระจายเชื้อและเข้าสู่ระบบการป้องกันและรักษาเร็วขึ้น 3. ลดภาระเจ้าหน้าที่และลดความแออัดในโรงพยาบาล
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ 1.2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน 1.3 หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) 1.4 หน่วยรับส่งต่อด้านเทคนิคการแพทย์ 1.5 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการพดุงครรภ์ (คลินิกพยาบาล) 1.6 หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) 1.7 หน่วยรับส่งต่อทั่วไป 1.8 หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR ,HTC ,CSO ,PrEP/PEP
4. ขอบเขตบริการ	บริการ ค่าชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST รวมค่าบริการให้คำปรึกษา
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราค่าชดเชย	อัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน
6. การบันทึกข้อมูล	Krungthai Digital Health Platform (KTB)

5.บริการยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Pre & Post - Exposure Prophylaxis : PrEP & PEP)

1. วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส
2. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน
3. หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มีศักยภาพบริการต้านเอชไอวี
4. ขอบเขตบริการ	บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการสัมผัสเชื้อ (Pre & Post - Exposure Prophylaxis : PrEP & PEP) ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. การจ่ายค่าบริการ/ อัตราการชดเชย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีบริการป้องกันด้วยยาต้านไวรัส ชดเชยเป็นยา 2. กรณีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและบริการอื่นๆ ชดเชยเป็นเงิน
6. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program : NAP

5.1 วัตรค่าใช้จ่ายกรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre - Exposure Prophylaxis : PrEP) : กรณีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท)
กรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)			
1.	ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรกรวม (Initial PrEP Counseling and education) เฉพาะรายที่กินยา	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	80 บาทต่อคน
2.	ค่าบริการให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับผู้ที่รับยา	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	20 บาทต่อครั้ง
3.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี	140 บาทต่อการรู้ผล
4.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของไต (Creatinine clearance : CrCl)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	40 บาทต่อครั้ง
5.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง
6.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรค ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhoea) หนองในเทียม (Chlamydia) จ่ายแบบเหมาจ่าย	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	240 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	70 บาทต่อครั้ง

5.2 วัตถุประสงค์ใช้จ่ายกรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หลังการสัมผัสเชื้อ (Post - Exposure Prophylaxis : PEP) : กรณีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	ราคา (บาท)
กรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หลังการสัมผัสเชื้อ (HIV Post-Exposure Prophylaxis : HIV PEP)			
1.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	140 บาทต่อการรู้ผล
2.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , CrCL, SGPT/ALT	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	25 บาทต่อครั้ง
3.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Viral Load เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	1,350 บาทต่อครั้ง
4.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง
5.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hepatitis B virus (HBs)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	150 บาทต่อครั้ง
6.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti HCV - Rapid Test - เครื่องวัดโนโมตี	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง 300 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรค ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhoea) หนองในเทียม (Chlamydia) จ่ายแบบเหมาจ่าย	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	240 บาทต่อครั้ง
8.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง ⁶³

สิทธิประโยชน์ กุญแจอนามัย

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อป้องกันและลดการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2. เพื่อบริการวางยาคุมฉุกเฉิน และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 3. เพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการกุญแจอนามัยของประชาชน อย่างทั่วถึงและเพียงพอในทุกพื้นที่ 4. ส่งเสริมให้การใช้กุญแจอนามัยเป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน (Normalize condom use) ตามยุทธศาสตร์ด้านกุญแจอนามัยพ.ศ. 2563-2573
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทย ทุกคน
หน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่ ได้รับ งบเหมาจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation) ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการประจำและเครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 2. หน่วยบริการที่ ไม่ได้รับ งบเหมาจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation) ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการประจำและเครือข่ายรวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ในพื้นที่ สปสช.เขต 13 ยกเว้นหน่วยบริการกรมราชทัณฑ์ • หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการพดุงครรภ์ • หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม • หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม • หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3. หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการด้านเอชไอวี (RRTTPR, VCT, PrEP, PEP, ARV)

สิทธิประโยชน์ ดูกยางอนามัย

<p>บริการ</p>	<p>1. หน่วยบริการที่ ได้รับ งบเหมาจ่ายรายหัว บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation) บริการดูกยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน 10 ชั้นต่อคน ไม่เกิน 365 ชั้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา</p>	<p>2. หน่วยบริการที่ ไม่ได้รับ งบเหมาจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation) บริการดูกยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน 10 ชั้นต่อคน ไม่เกิน 365 ชั้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา</p>	<p>3. หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านเวชไอวี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูกยางอนามัย 2. สารหล่อลื่น <p>จำนวนชิ้นการให้บริการ เป็นไปตามประเภทกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายและแผนการจัดบริการและการเบิกของหน่วยบริการ</p>
<p>อัตราการชดเชย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สปสช.สนับสนุนเป็นดูกยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี 2. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ สปสช.จ่ายชดเชยรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว (PP-Capitation) แล้ว 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สปสช.สนับสนุนเป็นดูกยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี 2. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ สปสช.จ่ายชดเชยเป็นเงิน ชั้นละไม่เกิน 1 บาท ไม่เกิน 10 บาทต่อครั้ง (จากงบ PP Fee schedule) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สปสช.สนับสนุนเป็นดูกยางอนามัยหรือสารหล่อลื่นตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริง ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี 2. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ สปสช.จ่ายชดเชยรวมในกิจกรรมบริการด้านเวชไอวี เอดส์
<p>การบันทึกข้อมูล</p>	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บันทึกใน Krungthai Digital Health Platform</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. app เบ้าตั้ง สำหรับกลุ่มมี smart phone 2. บัตรประชาชน สำหรับกลุ่มไม่มี smart phone 		<p>บริการด้านเวชไอวีเอดส์ บันทึกในโปรแกรม National AIDS Program: NAP</p>
<p>รายงานการชดเชย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการชดเชยดูกยางอนามัย ในระบบ KTB Platform 2. รายงานค่าใช้จ่ายคำปรึกษาใน NHSO Budget 		<p>National AIDS Program : NAP</p>