

# บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค



หลักเกณฑ์  
วิธีการ เงื่อนไข  
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ  
ปีงบประมาณ 2569

# ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 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 ประกอบกับคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

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 การให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สังกัดบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการตามประกาศนี้ ยกเว้นบริการคัดกรองโรคซิฟิลิสในรายการ ๓.๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเจตน์ ชรรณศิริ)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) ปีงบประมาณ 2568



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน  
จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง  
และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๘ เลขที่การสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ  
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในรายการ ๔ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพ  
และป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕ ให้เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

นางสาวกัญญา วัฒนศิริ  
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เลขที่โทร ๐๒-๖๒๖๖๖๖๖  
โทรสาร ๐๒-๖๒๖๖๖๖๖

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2569

1

## กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (6 รายการ)

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

### หมายเหตุ :

1. \* หมายถึง รายการที่มีการเปลี่ยนแปลง
2. \*\* 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. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาดัดผิดปกติ

3

## กลุ่มอายุ 12-59 ปี (20 รายการ)

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

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ ปีงบประมาณ 2569

: ร่างประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2,3) ปีงบประมาณ 2568

# รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2568 -2569

รายการเดิมที่ปรับ	เงื่อนไขบริการที่ปรับเพิ่ม
<p><u>เพิ่มเติม ปี 68</u></p> <p>1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p><u>ปรับปี 68</u> (ตามประกาศ PPFS 2567 ลว 25 มิ.ย 68 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มิ.ย. 68 )</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. เพิ่มวิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง<ol style="list-style-type: none"><li>1.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายอัตรา 2,500 บ.ต่อการตั้งครรภ์ หรือ</li><li>1.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test</li></ol></li><li>2. บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง</li><li>3. การตรวจส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม</li></ol>
<p>2) บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี</p> <p>- ตามประกาศฯ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2566 และประกาศฯ PPFS พ.ศ. 2567 กำหนดให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม KTB และโปรแกรม NAP (ในกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม)</p>	<p><u>ปรับปี 68</u> (ตามประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2568 ลว 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 )</p> <p>- กำหนดให้ กรณีบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี บันทึกผ่านระบบโปรแกรม KTB โดยมีผลกับข้อมูลบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย.68 เป็นต้นไป</p>

# รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2568 -2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<p><u>รายการใหม่ ปี 68</u></p> <p>1) บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling)</p>	<p><u>ปรับปี 68</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2568 ( ฉ 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้รับบริการที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช โดยผ่านการประเมินภาวะสุขภาพจิตตามแบบการ จัดบริการ (Client journey) ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)</li> <li>- บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling) รายบุคคล ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน และไม่ เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ</li> <li>- หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพ บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต มีศักยภาพในฐานะ Reghos และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)</li> <li>- ค่าบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต ส่งต่อ (หากจำเป็น) ในอัตรา 153 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน และไม่ เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ</li> <li>- บันทึกเบิกผ่าน โปรแกรม e-Claim</li> </ul>
<p>2) บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ</p>	<p><u>ปรับปี 68</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2568 ( ฉ 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคคลผู้มีความต้องการยืนยันเพศสภาพ จ่ายตาม Protocol 1-4</li> <li>- เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ</li> <li>- กรณีรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ตามรายการ FS และจ่ายตามจำนวนครั้งที่กำหนดตาม Protocol 1-4</li> <li>- กรณียาและฮอร์โมน จ่ายระบบ VMI ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา</li> <li>- บันทึกผ่านโปรแกรม KTB</li> </ul>

# รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการเดิม /รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<p><u>รายการปรับ ปี 68</u></p> <p>1) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี NIPT</p>	<p><u>ปรับปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <p>1. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) <b>ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและมีศักยภาพ ในการให้บริการ ได้รับการยอมรับตามมาตรฐานสากลโดยคำแนะนำของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</b></p>
<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u></p> <p>2) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <p>1. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือดเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) <b>ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข</b></p> <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</li> <li>- การตรวจ ELISA /การตรวจChemiluminescence/การตรวจFluorescence</li> <li>- บันทึกรายงานโปรแกรม NTIP</li> </ul>

# รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 3) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - กลุ่มอายุ 6 เดือนถึง 12 เดือน และกลุ่ม อายุ 3 ปี ถึง 6 ปี - ตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct จ่ายในอัตรา 30 บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ - บันทึกผ่านโปรแกรม KTB
<u>รายการใหม่ ปี 69</u> 4) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	<u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569 - กลุ่มอายุ อายุ 2 เดือนถึง 5 ปี อายุ 6 ถึง 12 ปี - บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็กจ่ายในอัตราเหมาจ่าย 50 บาทต่อครั้งต่อปี - บันทึกผ่านโปรแกรม KTB

# รายการ PPFS ที่มีการเปลี่ยนแปลง /เพิ่มเติม ปีงบประมาณ 2569

รายการใหม่	เงื่อนไขบริการ
<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> 5) การตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้หญิงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทุก 5 ปี ด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงFRAX®</li> <li>- ตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก ด้วยเครื่อง Dual energy X-ray Absorptiometry (DXA) จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศ (อยู่ระหว่างปรับร่างประกาศ)</li> <li>- บันทึกผ่านโปรแกรม KTB</li> </ul>
<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> 6) การตรวจคัดกรอง Autistic disorder ด้วยเครื่องมือ TDAS</p>	<p><u>รายการใหม่ ปี 69</u> ตามร่างประกาศ PPFS 2569</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กไทย อายุ 12- 60 เดือน ที่ผ่านการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามวัย ด้วยเครื่องมือ DSPM มีพัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติชัดเจน</li> <li>- หน่วยบริการที่สามารถให้บริการการตรวจคัดกรอง Autistic disorder ด้วยเครื่องมือ TDAS ได้ และมีบุคลากรสหวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล/นักกิจกรรมบำบัด/นักจิตวิทยา/นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้เครื่องมือ TDAS และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรอง ที่ผ่านการรับรองโดยกรมสุขภาพจิต</li> <li>- การคัดกรองภาวะออทิสซึม โดยเครื่องมือ TDAS จ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศ (อยู่ระหว่างปรับร่างประกาศ)</li> <li>- บันทึกผ่านโปรแกรม KTB</li> </ul>

# 1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
1.) บริการฝากครรภ์	
1.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ (รวมยาเสริมธาตุเหล็กกรดโฟลิก ไอโอดีน)	360
1.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	600
1.2.1 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	
1.2.2 การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส, และ HIV	190
1.3 ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์	400
1.4 ค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน	500

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
2.) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของ หญิงตั้งครรภ์	
2.1.1 Hb typing	270
2.1.2 Alpha-thalassemia 1 (PCR) และหรือ	800
2.1.3 Beta-thalassemia (Mutation analysis)	3,000
2.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
2.2.1 ค่าทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
2.2.2 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) DNA Based Analysis	3,000
2) Hemoglobin typing	270

# 1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
3.) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์และ บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	
3.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย	120
3.2 บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	50
3.2.1 ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธีการตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) หรือ	
3.2.2 การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)	
3.3 บริการตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส	100
3.3.1 ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT	

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
4.) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	
4.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
4.1.1 การเจาะเลือด	100
4.1.2 การเจาะเลือดและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	200
4.2 ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	
4.2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT)	2,500
4.2.2 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ หรือ	2,600
4.2.3 การตรวจ Quadruple test	1,200
4.2.4 การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับ เลือดเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	1,300

# 1. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
4.) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)	
4.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
4.3.1 ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	2,500
4.3.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์	2,500

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
5.) การตรวจหลังคลอด	
5.1 ค่าบริการตรวจหลังคลอด	150
5.2 ค่ายาเสริม ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	135
6.) การทดสอบการตั้งครรภ์	
ค่าตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์	75

## 2. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 (กลุ่มอายุ 0-5 ปี และอายุ 6-12 ปี)

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
บริการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในเด็กแรกเกิด	
7.) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	
7.1 ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	135
7.2 ค่าบริการติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	350
8.) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) รวมค่าขนส่ง	500
9.) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติ	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา ค่าดำเนินการและค่าบริการตรวจประเมิน	
9.1 เลนส์สายตาสั้นผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	800
9.2 เลนส์สายตาสั้นผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lens lab)	1000

### 3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
10.) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	600
11.) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
11.1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	250
11.2 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	
11.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	50
11.2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1) น้ำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	280
2) น้ำยาตรวจ HPV 14 high risk types	370
11.2.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	250
11.3 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	900
12.) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	
12.1 ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	500
12.2 บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2	
12.2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	10,000
12.2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2	2,500

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
13.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษา แนะนำ และส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60
14.) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	65
15.) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	
ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และการให้คำแนะนำ ติดตาม	80
16.) บริการเคลือบฟลูออไรด์	
ค่าบริการบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100
17.) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา) รวมบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ และบริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	
17.1 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์ หรือ	3,000
17.2 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีศัลยกรรม	

### 3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
18.) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	
18.1 ค่าบริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)	100
18.2 ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้	
1) TB-LAMP หรือ	200
2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	500
3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ	600
4) Line Probe Assay (LPA)	600
18.3 ค่าตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)	
1) ตรวจด้วยวิธี AFB	20
2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
2.1) เทคนิค Solid media	200
2.2) เทคนิค Liquid media	300
18.4 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug ด้วยวิธี	
1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ	700
2) Real-time PCR MTB/XDR	700

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
19.) การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี	
ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	50
20.) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี	
20.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti-HCV Screening test)	50
20.2 บริการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบีซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti- HCV เป็นบวก ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังต่อไปนี้	
1) HCV core antigen	400
2) HCV RNA (qualitative method)	1,690

### 3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)	รายการบริการ	อัตรา (บาท)
21.) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์		22.) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
21.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน		ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)	150
21.1.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	40	23.) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	
21.1.2 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	80	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	จ่ายในอัตราไม่เกิน 2,400
21.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50		
21.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	10		
21.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60		
21.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800		
21.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด			
21.6.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด	2,150		
21.6.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	350		

### 3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี


รายการบริการ	อัตรา (บาท)
24.) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	
22.1 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังกินอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	40
22.2 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังกินอาหาร 8 ชั่วโมง	160

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
25.) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค	
1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI )	20
2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่	20
3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20
4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์	20
5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์	20

### 3. รายการบริการ PP Fee schedule ปี 2569 กลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
26.) บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)	
26.1 ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา	100
26.2 ค่าจัดส่ง	100
26.3 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs)	650
27) บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
- การตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือด Hb/Hct	30
28.) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
- บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก	50


# 1) บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการฝากครรภ์ กิจกรรมบริการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขต ของบริการสาธารณสุข (โดยค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรกครบทุกรายการประกอบด้วย: การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส , HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screen และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ)</p> <p>3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สองประกอบด้วย:การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และ HIV Antibody เมื่อใกล้คลอด</p> <p>4. บริการตรวจอัลตราซาวน์ จำนวน 1 ครั้ง</p> <p>5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้</p>	 <p>เงื่อนไขบริการฝากครรภ์</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	

# 1) บริการฝากครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง รวมถึงค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา</p> <p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>4. ค่าบริการตรวจอัลตราซาวด์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 1-12 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์</li> <li>➤ เขต 13 : จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท ต่อการตั้งครรภ์ <b>Ultrasound ไม่เกิน 2 ครั้ง:การตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2 ระยะใกล้คลอด เฉพาะรพ.)</b> จ่ายอัตรา 400 บาท:ครั้ง (*เป็นไปตามประกาศของ กทม.)</li> </ul> <p>5. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อการตั้งครรภ์</p> <p>***กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป”</p>	คงเดิม
โปรแกรม	<p>เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim</p> <p>เขต 13 : โปรแกรม KTB</p>	


## 2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ คนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่มีผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งคู่	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb typing</li> <li>- Alpha-thalassemia 1 และ/หรือ beta-thalassemia</li> </ul> </li> <li>2. การทำหัตถการวินิจฉัยทารกในครรภ์ : PND               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตัดชิ้นเนื้อรก : CVS หรือ</li> <li>- Amniocentesis หรือ</li> <li>- Cordocentesis</li> </ul> </li> <li>3. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามกรณีความเสี่ยงของทารกในครรภ์ในการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Homozygous <math>\beta</math>-thalassemia <math>\beta</math>-thalassemia/ Hb E หรือ Hb Bart's Hydrops Fetalis               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ตรวจ DNA Based Analysis หรือ</li> <li>2) ตรวจ Hb typing</li> </ol> </li> </ol>	<div style="text-align: center;">  <p>เงื่อนไขบริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจาง</p> </div>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์	

## 2) บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน</li> <li>- Alpha – thalassemia 1 จ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อการตั้งครรภ์ ต่อคน</li> </ul>               และ/หรือ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beta thalassemia mutation จ่ายในอัตรา 3,000 บาท ต่อคน</li> </ul> </li> <li>2. ตรวจPND จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> <li>3. ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์               <ul style="list-style-type: none"> <li>- DNA Based Analysis จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> <li>- Hb typing จ่ายในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์</li> </ul> </li> </ol>	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP  เขต 13 : โปรแกรม KTB	

### 3) บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขต บริการ	1. บริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การตรวจ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/HbE screening	 เงื่อนไขบริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองธาลัสซีเมียได้	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้ 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย เหมาะจ่ายในอัตรา 120 บาท ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม NPRP บริการ การคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เขต 13 : โปรแกรม KTB	


### 3.2) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ปีใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย 1 ครั้ง ต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา</li> <li>2. ผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี</li> <li>3. เยาวชน วัยรุ่นและประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี</li> </ol>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT)</li> <li>2. การตรวจ Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)</li> <li>3. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีการตรวจด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT (ข้อ 1) <p>รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจด้วยวิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นลบ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)</p> </li> <li>- กรณีการตรวจด้วยวิธี วิธี RPR หรือ VDRL (ข้อ 2) รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA (ข้อ 3)</li> </ul> </li> </ol>	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

### 3.2) บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ (RDT) จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง</p> <p>2) ค่าตรวจคัดกรองซิฟิลิส ด้วยวิธี RPR หรือ VDRL จ่ายในอัตรา 50 บาท ต่อครั้ง</p> <p>3) ค่าตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPAT จ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง</p>	คงเดิม
โปรแกรม	<p>เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB</p> <p>ออกรายงานการจ่ายการจ่าย : ผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p> <p>** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง</p>	

## 4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<p>2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) หรือ</p> <p>2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test หรือ</p> <p>2.2 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรัมจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด</p> <p>3. การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) รายที่มีผลคัดกรอง มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <p>3.1 การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)</p> <p>3.1.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ</p> <p>3.1.2 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p> <p>4. กรณีผลตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis, PND) มีความเสี่ยงสูงให้ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม</p> <p>4.1 การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม</p>	 <p>เงื่อนไขบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการ</p>

#### 4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	<p>1. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์</p> <p>1.1 หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี NIPT</li><li>- เป็นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และมีศักยภาพในการให้บริการ ดังต่อไปนี้</li><li>- ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022</li></ul> <p>ในรายการตรวจคัดกรองอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Testing : NIPT) หรือผ่านการรับรองมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงมาตรฐานสากล</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In vitro diagnostics : IVD) ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ชุดน้ำยาสำหรับสกัดสารพันธุกรรมชนิด Cell-free DNA</li><li>2. ชุดน้ำยาสำหรับเตรียมตัวอย่าง DNA Library</li><li>3. หลอดเก็บตัวอย่างเลือดชนิด Cell-free DNA (cf DNA tube)</li></ol>	คงเดิม

#### 4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"><li>- เทคนิคที่ใช้ในการตรวจ คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐาน Next Generation Sequencing โดยต้องเป็นการบริหารจัดการและตรวจวิเคราะห์ภายในประเทศเท่านั้น และรายงานผล Trisomy 21, 13 และ 18 เป็นอย่างน้อย</li><li>- หากมีการเปลี่ยนแปลง เช่น วิธีการทดสอบ น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ต้องแจ้งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานที่รับรองมาตรฐานทราบภายใน 30 วัน</li><li>- มีการจัดเก็บรักษาความปลอดภัยของระบบข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)</li><li>- ผู้ตรวจวิเคราะห์ ต้องมีความพร้อมและประสบการณ์ และได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT)</li></ul>	คงเดิม

#### 4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงินไขและ อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ<ol style="list-style-type: none"><li>1.1 การเจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์</li><li>1.2 การเจาะเลือด พร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์</li></ol></li><li>2. ค่าบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้<ol style="list-style-type: none"><li>2.1 การตรวจด้วยวิธีไม่รุกราน (non-invasive prenatal test: NIPT) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผล ในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการชั้นต่อไป</li><li>2.2 จัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,600 บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผล ในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการชั้นต่อไป หรือ</li><li>2.3 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ</li><li>2.4.การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรัมจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์</li></ol></li></ol>	คงเดิม


#### 4) บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงินไขและ อัตราจ่าย	3. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) 3.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ 3.1 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ 4. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการ ตั้งครรภ์	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS


#### 4.บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ : ตามประกาศ PPFS (ฉบับที่2) 2568

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
<p>เจาะไขและ อัตราจ่าย</p>	<p>3. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)</p> <p>3.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ หรือ</p> <p>3.1 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>4. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>- เจาะไขเหมือนปี 2567</p>
<p>โปรแกรม/การ ออกรายงาน การจ่าย</p>	<p>เขต 1-12 บันทึกผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิง ตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด NPRP (National Perinatal Registry Portal) <a href="http://nprp.nhso.go.th">http://nprp.nhso.go.th</a>) ประมวลผลจ่ายในโปรแกรม Seamless for DMIS</p> <p>- เขต 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB</p>	<p>เขต 1 – 13 บันทึกและประมวลผลผ่านโปรแกรม NPRP และออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>


## 5) บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) เด็กแรกเกิด ครั้งที่ 1 และ</li> <li>2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 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>	 <p>เงื่อนไขบริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่อง</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าตรวจคัดกรอง TSH รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 135 บาท ต่อครั้งต่อคน</li> <li>2. ค่าติดตามและตรวจยืนยัน TSH จ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้งต่อคน</li> </ol>	
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH	


## 6) การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิดทุกคน ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 1</li> <li>2. เด็กเกิดก่อนกำหนด คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝด หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กแรกเกิดป่วย ตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์</li> </ol>	 <p>เงื่อนไขการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรม</p>
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด</li> <li>2. บริการติดตามเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจยืนยัน/ประเมินความผิดปกติ</li> </ol>	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมค่าขนส่ง จ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อครั้งต่อคน	
โปรแกรม	เขต 1-13 : โปรแกรม NPRP บริการ TSH	


## 7) การตรวจหลังคลอด

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดคนไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน 3 ครั้ง หลังคลอด ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 บริการตรวจหลังคลอดไม่เกิน 7 วัน</li> <li>1.2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15 นับถัดจากวันคลอด</li> <li>1.3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42 นับถัดจากวันคลอด</li> </ul> 2. บริการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน โดยจ่ายยา ครั้งละ 3 เดือน (90 เม็ด) ไม่เกิน 2 ครั้ง หลังคลอด	 <p>เงื่อนไขการตรวจหลังคลอด</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายให้ไม่เกิน 3 ครั้งในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังคลอดระหว่างวันที่ 1-7</li> <li>- หลังคลอดระหว่างวันที่ 8 – 15</li> <li>- หลังคลอดระหว่างวันที่ 16 – 42</li> </ul> 2. ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายให้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อการคลอด ในอัตรา 135 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	

## 8) บริการทดสอบการตั้งครุฑ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยตั้งครุฑหรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครุฑหรือบริการชุดทดสอบการตั้งครุฑ ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยตั้งครุฑ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด)	 เงื่อนไขบริการทดสอบ การตั้งครุฑ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครุฑ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครุฑ	
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	ค่าบริการทดสอบการตั้งครุฑ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครุฑด้วยตัวเอง บริการไม่เกิน 4 ครั้งต่อ ปี จ่ายในอัตรา 75 บาทต่อครั้ง	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	


## 9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน</li> <li>2. บริการยาฉีดคุมกำเนิด</li> <li>3. บริการใส่ห่วงอนามัย</li> <li>4. บริการฝังยาคุมกำเนิด               <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 บริการฝังยาคุมกำเนิด</li> <li>4.2 บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด</li> </ol> </li> <li>5. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน</li> <li>6. บริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา</li> </ol>	<div style="text-align: center;">  <p>เงื่อนไขบริการวางแผนครอบครัวและการป้องกัน</p> </div>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จ่ายครั้งละไม่เกิน 3 แผงและไม่เกิน 13 แผงต่อคนต่อปี               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม                   <p style="margin-left: 20px;">จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 40 บ. /แผง</p> </li> <li>1.2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว                   <p style="margin-left: 20px;">จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 80 บ. /แผง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2.1 หญิงให้นมบุตรไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน</li> <li>1.2.2 ผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออรา</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	

## 9) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	2. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 60 บ. ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 3. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 800 บ. ต่อครั้ง ต่อปี 4. บริการฝังยาคุมกำเนิด 4.1 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,150 บาทต่อครั้ง 4.2 ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาท 5. ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 50 บ. /แผง ไม่เกิน 2 แผงต่อคนต่อปี 6. ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา - ไม่เกิน 10 ชิ้น/ครั้ง สำหรับหน่วยได้รับงบ PP-Capitation - จ่ายชิ้นละ 1 บ. ไม่เกิน 10 ชิ้นต่อครั้ง สำหรับหน่วยไม่ได้รับงบ PP-Capitation	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : บันทึกผลงานและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : บันทึกผลงานผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	

## 10) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 และข้อบังคับแพทยสภา	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<p>ให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยแพทย์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <p>1.1 วิธีการใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack)</p> <p>1.2 วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือ</li> <li>- การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)</li> </ul>	 <p>เงื่อนไขบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์</p>
หน่วยบริการ	<p>1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์</p> <p>2. กรณีให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น</p>	

## 10) บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"><li>1. วิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน(Misoprostol 200 mcg+ Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack)</li><li>2. วิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือการใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์</li></ol>	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim    เขต 13 : โปรแกรม KTB	

# 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 ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น


# 11) บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาคิดปกติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคน อายุ 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 – เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาคิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน</li> <li>1.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์</li> <li>1.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน</li> </ul>	 เงื่อนไขบริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาคิดปกติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาคิดปกติได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็น ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>๑๓ เขต 1-12 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อคนต่อปี</li> <li>2. เลนส์สายตาคิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาคิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (ข้อ 1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายใน อัตรา 1000 บาทต่อคนต่อปี</li> </ol> <p>เขต 13 : ค่าบริการตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตาและสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร เพื่อวินิจฉัย เหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้งต่อปี</p> </div>	

## 11) บริการเว้นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13: โปรแกรม KTB	คงเดิม


## 12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยอายุ 30 - 59 ปี ทุกคน หรือหญิงไทยอายุ 15 - 29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช้ถุงยางอนามัย คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เป็นบริการตรวจด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง</li><li>2. หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด</li><li>3. กรณีผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ<ol style="list-style-type: none"><li>3.1 ตรวจด้วยวิธี Pap smear และผลผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</li><li>3.2 บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA testing รวมถึงการเก็บส่งตรวจจากช่องคลอดที่บ้านด้วยตนเอง (HPV self sampling)</li></ol></li><li>4. กรณีพบผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ<ol style="list-style-type: none"><li>4.1 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ 16/18 ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</li><li>4.2 ตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test พบสายพันธุ์ non 16/18 ให้ตรวจด้วย วิธี Liquid based cytology และหากผล การตรวจผิดปกติเป็นภาวะ precancerous ให้ตรวจวินิจฉัยด้วย Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และ ตรวจทางพยาธิวิทยา</li></ol></li></ol>	 <p>เงื่อนไขบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมด</p>


## 12) บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้	คงเดิม
เงื่อนไขและ อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจด้วยวิธี pap smear หรือตรวจด้วยวิธี VIA <span style="float: right;">เหมาจ่ายอัตรา 250 บ./ครั้ง</span></li> <li>2. บริการตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self sampling )               <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการเก็บตัวอย่าง <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง</span></li> <li>- กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด 2 สายพันธุ์ (HPV type16,18 other Type ) <span style="float: right;">เหมาจ่ายอัตรา 280 บ./ครั้ง</span></li> <li>- กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดตั้งแต่ 14 สายพันธุ์ขึ้นไป HPV High Risk HPV 14 type fully <span style="float: right;">เหมาจ่ายอัตรา 370 บ./ครั้ง</span></li> </ul> </li> <li>3. บริการตรวจด้วยวิธี Liquid based cytology <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</span></li> <li>4. บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง</span></li> <li>5. ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำ ด้วยวิธี Pap Smear ภายใน 1 ปี <span style="float: right;">จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง</span></li> </ol> <p>หลังผลการตรวจ Liquid based cytology ผลเป็นลบ</p>	
โปรแกรม	เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform	

### 13) บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกคน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่องปากและตรวจรอยโรคในช่องปาก</li> <li>2. ในกรณีพบรอยโรคในช่องปาก แพทย์หรือทันตแพทย์ ตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเข้าสู่กระบวนการตัดชิ้นเนื้อ biopsy และตรวจทางพยาธิวิทยา</li> <li>3. แจ้งผลการตรวจ และติดตามกรณีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา</li> </ol>	 <p>เงื่อนไขบริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งแ</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) ได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่าย ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อครั้งต่อคน	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim  เขต 13 : โปรแกรม KTB	

## 14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเป้าหมาย ตามประกาศการจ่าย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<p>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>2. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้มีอาการสงสัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้</p> <p>2.1 TB-LAMP</p> <p>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 2.2.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.2.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)</p> <p>2.3 Real-time PCR MTB/MDR 2.3.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.3.1 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</p> <p>2.4 Line Probe Assay (LPA) 2.4.1 วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB 2.4.2 ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (2 ชนิด)</p> <p>3. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อ ยา First- line drugs</p>	 <p>เงื่อนไขขอบริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรค</p>

## 14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ขอบเขตบริการ	<p>4. หากตรวจพบผลดี้อย่า First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดี้อย่า Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า (RR/MDR-TB) โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้</p> <p>4.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ</p> <p>4.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</p> <p>5. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)**</p> <p>5.1 ตรวจด้วยวิธี AFB ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>5.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค Solid media</li> <li>- เทคนิค Liquid media</li> </ul>	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	


## 14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	เดิม ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและ อัตร่าจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray: CXR) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขังไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)</li> <li>2. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs บริการตรวจคัดกรองวัณโรค ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี จากรายการดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 TB-LAMP 200 บาทต่อครั้ง</li> <li>2.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) 500 บาทต่อครั้ง</li> <li>2.3 Real-time PCR MTB/MDR 600 บาทต่อครั้ง</li> <li>2.4 Line Probe Assay (LPA) 600 บาทต่อครั้ง</li> </ol> </li> <li>3. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) 700 บาทต่อครั้ง โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) <u>หรือ</u></li> <li>3.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)</li> </ol> </li> <li>4. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)               <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 ตรวจด้วยวิธี AFB 20 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี</li> <li>4.2 ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture โดยเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค Solid media 200 บาทต่อครั้ง</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	คงเดิม

## 14) บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	- บันทึกข้อมูลผลงานผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลผ่านโปรแกรม TB Data Hub - ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS	คงเดิม


## 15) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน)</li> <li>2. ผู้มีอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน)</li> </ol>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามหมายเหตุในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) จำนวน 1 ครั้งต่อปี</li> <li>2. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง คนละ 1 ครั้งทุก 5 ปี สำหรับอายุ 45-70 ปี (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)</li> </ol>	 <p>เงื่อนไขบริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรค</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต	

## 15) บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด : รายการตามร่างประกาศ PPFS 2567 (ปรับปรุงฉบับที่ 1)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
<p>เงื่อนไขและ อัตราจ่าย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อายุ 35- 59 ปี <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล FPG เหมาจ่ายอัตรา 40 บาท ต่อครั้ง ต่อปี</li> </ul> </li> <li>2. อายุ 45- 70 ปี <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 1-12 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</li> </ul> </li> <li>3. อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงและอายุ 60 ปีขึ้นไป <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 13 : ค่าบริการตรวจ Total Cholesterol และ HDL เหมาจ่ายอัตรา 160 บาท ต่อครั้ง ทุก 5 ปี</li> </ul> </li> </ol>	<p>คงเดิม</p>
<p>โปรแกรม</p>	<p>เขต 1-12 : ประมวลผลและออกรายงานผ่านโปรแกรม e-Claim เขต 13 : ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB และออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>	


## 16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง และญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวที่ตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศการจ่าย PPFS 2567 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</p>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม</li> <li>2. บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ</li> <li>3. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ตรวจยีน และรายงานผลให้หน่วยเก็บตัวอย่าง</li> </ol>	 <p>เงื่อนไขบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ใหม่</p>
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยเก็บตัวอย่าง : เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ <u>และเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</u></li> <li>2. หน่วยตรวจยีน BRCA1/BRCA2: <u>เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</u> สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงฯ (หน่วยบริการภาครัฐ หรือ หน่วยบริการภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยีนBRCA1/BRCA2 โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การรับรองมาตรฐานตามที่ กำหนด)</li> </ol>	

16) บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>1. ค่าบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม รวมถึงบริการเก็บตัวอย่างและจัดส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ทุกสิทธิการรักษาพยาบาลในอัตรา 500 บาท</p> <p>2. ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</p> <p>2.1 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง จ่ายตามจริง คนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 10,000 บาท</p> <p>2.2 ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 จ่ายตามจริงคนละ 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ไม่เกิน 2,500 บาท</p>	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-13 :บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim	


## 17) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>➤ เขต 13 : เด็กแรกเกิด - 12 ปี และ หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 24 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> </ul>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 1-12 : บริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) 1 ครั้งต่อคน</li> <li>➤ เขต 13 : 1. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 1 ครั้งต่อช่วงอายุ ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วงอายุแรกเกิด - 2 ปี</li> <li>- ช่วงอายุ 3 - 6 ปี</li> <li>- ช่วงอายุ 7 - 12 ปี</li> <li>- ช่วงอายุ 13 - 24 ปี (เฉพาะผู้หญิง)</li> </ul> </li> <li>2. ตรวจคัดกรองด้วยวิธีการดังต่อไปนี้โดยอย่างน้อยหนึ่ง ดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 เจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือ</li> <li>2.2 เจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct)</li> </ul> </li> </ul>	 <p>เงื่อนไขบริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาด</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	




## 17) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ เขต 1-12 : ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 65 บาท/คน</li> <li>➤ เขต 13 :                <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าเจาะ Hct จ่ายในอัตรา 35 บาทต่อช่วงอายุ</li> <li>2. ค่าเจาะ CBC จ่ายในอัตรา 65 บาทต่อช่วงอายุ</li> </ol> </li> </ul>	คงเดิม
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim      เขต 13 : โปรแกรม KTB	


18) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ เขต 1-12 : หญิงไทยทุกคน อายุ 13 – 45 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>➢ เขต 13: เด็กแรกเกิด - 12 ปี และผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี</li> </ul>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ เขต 1-12 : บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี)</li> <li>➢ เขต 13: บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก               <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กอายุ 2 เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด &lt; 2,500 กรัม</li> <li>- เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี</li> <li>- เด็กอายุ 2-5 ปี</li> <li>- เด็กอายุ 6-12 ปี</li> <li>- กลุ่มผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก</li> </ul> </li> </ul>	 <p>เงื่อนไขบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก</p>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ เขต 1-12 : ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี</li> <li>➢ เขต 13 : ค่าบริการยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เหมาจ่ายในอัตรา 80 บาทต่อคนต่อปี               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในเด็ก สามารถรับประทานได้ อย่างน้อย 3 เดือน</li> <li>2. ผู้หญิงอายุ 13 - 45 ปี ให้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 52 เม็ดต่อปี</li> </ol> </li> </ul>	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim	


## 19) บริการเคลือบฟลูออไรด์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้มีอายุ 25 - 59 ปี กลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 2. ผู้ต้องขัง (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ) <div style="text-align: center;">  </div>	คงเดิม <div style="text-align: center;">  </div>
ขอบเขตบริการ	บริการให้คำปรึกษาและบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิช ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	เงื่อนไขบริการเคลือบฟลูออไรด์ <div style="text-align: center;">  </div>
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm) รวมค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 100 บาท ต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี	
โปรแกรม	(รายการผู้ต้องขัง) เขต 1-13 : บันทึกผลงานและประมวผลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB	



## 20) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 70 ปี ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	1.บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test 2.ให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	เงื่อนไขบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วย FIT Test 1 ครั้ง ทุก 2 ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 60 บาทต่อครั้ง	
โปรแกรม	เขต 1-12 : โปรแกรม e-Claim เขต 13 : โปรแกรม KTB	

## 21) บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เกิดก่อนปี 2535	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน	เงื่อนไขบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB	

## 22) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล</li> <li>2. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)</li> <li>2) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</li> <li>3) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)</li> <li>4) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel)</li> <li>5) ผู้ต้องขัง (Prisoner)</li> </ol> </li> </ol>	<p>คงเดิม</p> <p></p> <p>เงื่อนไขการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี</p> <p></p> <p>เงื่อนไขการตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี</p>
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซีด้วย Anti- HCV               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต</li> <li>1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>1.3 สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี (แรกรับ, ระหว่างต้องโทษ, ก่อนพ้นโทษ)</li> </ol> </li> </ol>	
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี</li> <li>2.ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี</li> </ol>	


## 22) การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหมาะจ่ายอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน</li> <li>1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาะจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี</li> </ol> </li> <li>2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง</li> <li>2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง</li> </ol> </li> </ol>	คงเดิม
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจคัดกรอง บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /NAP (กลุ่มเสี่ยง)</li> <li>2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim/NAP (กลุ่มเสี่ยง)</li> </ol>	




## 23) บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ Urine OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกสิทธิ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <p>1.1 มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1.2 เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1.3 มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ</p>	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ ( 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ )	
หน่วยบริการ	<p>หน่วยนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะได้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม</li> <li>- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม</li> <li>- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere (รอประกาศนวัตกรรม)</li> <li>- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์</li> </ul>	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>ค่าบริการค่าบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ</p> <p>เหมาจ่ายอัตรา 150 บาท ( 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ )</p>	
โปรแกรม	<p>ประมวลผลผ่านโปรแกรม KTB</p> <p>ออกรายงานผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS</p>	

## 24) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการค้นหาคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง (ลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขตามแนวทาง/ หลักเกณฑ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์)</li> <li>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ 1 ครั้งทุก 2 ปี</li> </ol>	 <p>เงื่อนไขบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตัว</p>
หน่วยบริการ	<p>เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการใน 2 กิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง</li> <li>2. บริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์</li> </ol>	
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<p>จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ อัตราไม่เกิน 2,400 บาท/ ครั้ง/ 2 ปี</p>	
โปรแกรม	บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านโปรแกรม e-Claim / FDH (รัฐในสังกัด สป.สธ.)	

## 25) ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรค

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	คงเดิม
ขอบเขตบริการ	<p>บริการฉีดวัคซีนตามรายการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัคซีนพื้นฐาน (EPI)</li> <li>2. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในผู้ใหญ่</li> <li>3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มเติม กลุ่มผู้ต้องขัง</li> <li>4. วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP vaccine) ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>5. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในหญิงตั้งครรภ์</li> </ol>	<p> เงื่อนไขวัคซีนพื้นฐาน (EPI) , ไอกรนชนิดไร้</p> <p> เงื่อนไขวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดู</p>
หน่วยบริการ	บริการหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้	<p> เงื่อนไขวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก(dT)ในผู้ใหญ่</p>
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการฉีดวัคซีน จ่ายในอัตรา 20 บาทต่อโดส	
โปรแกรม	** กรณีประกาศลงนามเรียบร้อยแล้ว สปสช. จะมีการชี้แจงแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการรับทราบ อีกครั้ง	

# เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : บริการศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling)

รายการ	ขอบเขตบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	เป็นการให้บริการแก่ ผู้รับบริการที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช โดยผ่านการประเมินภาวะสุขภาพจิตตามแบบการจัดบริการ (Client journey) ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)
2. ขอบเขตบริการ	บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต (Mental Health Counselling) รายบุคคล ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน และไม่เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ
3. หน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการที่มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตระดับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านการรับรองตามมาตรฐานบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต โดยหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)
4. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	ค่าบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต ส่งต่อ (หากจำเป็น) ในอัตรา 153 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 14 วัน และไม่เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ
5. การบริหารการจ่าย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1-13 ประมวลผลการจ่ายผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) เป็นรายเดือน โดยออกรายงาน STM ทุกวันที่ 15 ของเดือน
6. วิธีการเบิก	สปสช.เขต 1-13 :-บันทึกเบิกผ่าน โปรแกรม e-Claim

# บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)

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

## บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14รายการ)

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ ปีงบประมาณ 2568
กลุ่มเป้าหมาย	สิทธิประกันสังคมผู้ประกันตน (รวมถึงผู้ประกันตนที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย)
ขอบเขตบริการ	บริการตามรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 14 รายการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	จ่ายตามรายการ 14 รายการ และอัตราจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
โปรแกรม	เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB ออกรายงานการจ่ายผ่านโปรแกรม Seamless for DMIS : ระบุหมายเหตุ : ชดเชยจากกองทุนประกันสังคม

# รายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน (14 รายการ)

ลำดับ	รายการ	อายุ	ความถี่	อัตรา (บาท)	กองทุน
1	การคัดกรองการไต่ยีน Finger Rub Test	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
2	การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30 – 39 ปี	ทุก 2 ปี	50	สปส.
		40 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
3	การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์ เพื่อคัดกรองความผิดปกติและค้นหาโรคทางสายตา	40 – 54 ปี	ทุก 2 ปี	50	สปส.
		55 ปีขึ้นไป	ทุก 1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
4	การตรวจปัสสาวะ Urine Analysis	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
5	การทำงานของไต Creatinine และ eGFR	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	50	สปส.
6	การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	15 ปีขึ้นไป	ทุก 3 ปี	170	สปส.

หมายเหตุ : ลำดับที่ 1- 6 เป็นรายการที่ สปสช. ไม่ได้กำหนดไว้ ใช้ได้เฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น  
ลำดับที่ 7- 14 เป็นรายการที่ สปสช. กำหนดไว้ตรงกับ สำนักงานประกันสังคม ใช้ได้ทั้งผู้ประกันตน และผู้มีสิทธิ UC

ลำดับ	รายการ	อายุ	ความถี่	อัตรา (บาท)	กองทุน
7	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง Fit test	50 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	60	สปสช.,สปส.
8	น้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)	35 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง/ปี	40	สปส.
		35 – 59 ปี	1 ครั้ง/ปี	40	สปสช.
9	เชื้อไวรัสตับอักเสบบ HBsAg	สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535	1 ครั้ง	50	สปสช.
10.	ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	13 – 24 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปสช
		25 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปส
		35 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	65	สปส
		15 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	65	สปส
		35 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	65	สปส
11.	ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	20 – 34 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	160	สปส
		35 - 44 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปส
		45 – 70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปสช
		ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	160	สปส
12.	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test หรือ	30 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	330 / 420 บาท	สปสช
13	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear หรือ	30 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ 3 ปี	250	สปสช.
14	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย วิธี VIA	30 – 54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ 5 ปี	250	สปส

# กระบวนการให้บริการ

