

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

- (๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ญาติสายตรง” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน
ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตามรายการที่กำหนด
ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยกลุ่มเป้าหมายของแต่ละรายการเป็นไปตามเอกสาร
หมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการและอัตราตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้าย
ประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนดผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform
(ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>)
หรือ Application หมอพร้อม หรือผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด
(National Perinatal Registry Portal <http://:nprp.nhso.go.th>) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูล
และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบ NHSO
Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบ
โปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด กรณีการคัดกรองวินิจฉัยโรครในกลุ่มเสี่ยง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม
NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub รายละเอียดแต่ละบริการเป็นไป
ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ยกเว้นบริการป้องกัน และควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมน (TSH) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และบริการตรวจสิ่งส่งตรวจของหน่วยบริการที่รับตรวจสิ่งส่งตรวจมาจากหน่วยบริการอื่น เช่น บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2 หรือบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการและอัตราค่าบริการ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขบริการ
๑. บริการฝากครรภ์	หญิงตั้งครรภ์	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	<p>๑. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๖๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ตามประมวลกฎหมายอาญา</p> <p>๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๔. บริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๕. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>๑. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก ครอบคลุมรายการประกอบด้วย : การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และหรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh</p> <p>๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง ประกอบด้วย : การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และ HIV Antibody โดยตรวจอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด</p> <p>๔. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้</p> <p>๕. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขบริการ
๒. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๑.๑ Hemoglobin typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๗๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๑.๒ Alpha-thalassemia 1 (PCR) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๑.๓ Beta-thalassemia (Mutation analysis) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๒. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ๒.๑ การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๒.๒ การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ๒.๒.๑ DNA Based Analysis จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๒.๒.๒ Hemoglobin typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๗๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	
๓. บริการคัดกรอง ธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย และการคัดกรองซีฟิลิส				
๓.๑ บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC + MCV และหรือ DCIP/HbE screening จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง	

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
<p>๓.๒ บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส</p>	<p>๑. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย ๒. ผู้ต้องขัง ๓. เยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>๑. การตรวจแบบย่อนทาง Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Enzyme immunoassay (EIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. การตรวจแบบดั้งเดิม Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๓. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>๑. การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสสำหรับสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย ตรวจได้ ๑ ครั้งต่อการตั้งครรภ์ สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อปี สำหรับเยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี ๒. วิธีการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งดังต่อไปนี้ ๒.๑ กรณีการตรวจแบบย่อนทางด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจสนับสนุนด้วยวิธี RPR หรือ VDRL หากรายที่ผลตรวจสนับสนุนเป็นลบ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA และรายที่ผลตรวจสนับสนุนเป็นบวก ให้ทำไตเตอร์ด้วย ๒.๒ กรณีการตรวจแบบดั้งเดิมด้วยวิธี RPR หรือ VDRL รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ทำไตเตอร์และตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA</p>
<p>๔. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้</p>	<p>๑. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ๑.๑ การเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>๑. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ตรวจได้ ๑ ครั้งต่อการตั้งครรภ์ วิธีการตรวจคัดกรองขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่ง โดยจะจ่าย</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>๑. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการเจาะเลือดและให้คำปรึกษากรณีตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๒. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน และมีศักยภาพในการให้บริการ ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 ในรายการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Testing : NIPT) หรือผ่านการรับรองมาตรฐานอื่น</p>	<p>๑.๒ การเจาะเลือดและให้คำปรึกษาพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผลในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ ประกอบการรับบริการขึ้นไป</p> <p>๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๖๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผลในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ ประกอบการรับบริการขึ้นไป</p> <p>๔. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจ Quadruple test ทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๔.๑ การเจาะเลือดป็นซีรัม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๔.๒ การเจาะเลือดป็นซีรัมพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>ค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>๑.๑ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นทางเลือกหลักสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการตรวจด้วยวิธีที่มีความแม่นยำมากขึ้น อายุครรภ์ที่ได้รับการตรวจต้องเป็นไปตามแนวทางบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย</p> <p>๑.๒ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test</p> <p>๒. หากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์รายที่มีความเสี่ยงสูงให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ ทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis : PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑.๑ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>ที่เทียบเคียง มาตรฐานสากล</p> <p>๒.๒ น้ยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In vitro diagnostics : MD) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>๒.๓ เทคนิคที่ใช้ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐาน Next Generation Sequencing หรือเทคนิคอื่นที่ได้รับการยอมรับตามมาตรฐานสากล โดยคำแนะนำของกรมวิทยาศาสตร์</p>	<p>๕. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๖. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรัมจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p> <p>๗. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis: PND) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>๗.๑ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</p> <p>๗.๒ เจาะเลือดจากสายสะดือทารก (Cordocentesis) โดยพิจารณาจากอายุครรภ์และเปรียบเทียบความเสี่ยงแล้ว</p> <p>๘. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาท ต่อการตั้งครรภ์</p>	<p>๒.๑.๒ เจาะเลือดจากสายสะดือทารก (Cordocentesis) โดยพิจารณาจากอายุครรภ์และเปรียบเทียบความเสี่ยงแล้ว</p> <p>๒.๒ หลังจากทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ให้ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>การแพทย์ ซึ่งต้องเป็น การบริหารจัดการ และตรวจวิเคราะห์ ภายในประเทศเท่านั้น และรายงานผล Trisomy 21, 13 และ 18 เป็นอย่างน้อย</p> <p>๒.๔ หากมีการเปลี่ยนแปลง เช่น วิธีการทดสอบ น้ำยาที่ใช้ในการตรวจ วิเคราะห์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ ต้องแจ้งสำนักมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ หรือ หน่วยงานที่รับรอง มาตรฐานทราบภายใน ๓๐ วัน</p> <p>๒.๕ มีการจัดเก็บรักษา ความปลอดภัยของระบบ ข้อมูล และการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)</p> <p>๒.๖ ผู้ตรวจวิเคราะห์ ต้องมีความพร้อม และประสบการณ์</p>		

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>และได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับ</p> <p>การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT)</p> <p>๓. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test และการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์</p>		
<p>๕. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)</p>	<p>เด็กแรกเกิด</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) รวมค่าส่งสิ่งส่งตรวจจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓๕ บาทต่อครั้ง</p> <p>๒. ค่าติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕๐ บาทต่อครั้ง</p>	
<p>๖. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)</p>	<p>เด็กแรกเกิด</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง TMS รวมค่าขนส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อครั้ง</p>	

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๗. บริการตรวจหลังคลอด	หญิงหลังคลอด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด	๑. ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓๕ บาทต่อครั้ง	๑. ค่าบริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน ๓ ครั้ง เป็นไปตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด ๒. ค่าบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ ครั้งละ ๓ เดือน ทั้งนี้ ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการคลอด
๘. บริการทดสอบการตั้งครรภ์	หญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ หรือประจำเดือนไม่มา ตามกำหนด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์หรือ บริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการ ชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๗๕ บาทต่อครั้ง	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) จ่ายไม่เกิน ๔ ครั้งต่อคนต่อปี
๙. บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์	หญิงวัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	๑. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา ๑.๑ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive : COC) ที่ให้แก่หญิงปกติทั่วไป จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อแผง ๑.๒ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill : POP) ที่ให้แก่หญิง ให้นมบุตรไม่เกิน ๑ ปี ๖ เดือนและผู้ที่มีประวัติ ไมเกรนแบบมีออรา จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อแผง ๒. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี ๔. บริการฝังยาคุมกำเนิด	๑. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการ ให้คำปรึกษา โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน ๓ แผง และไม่เกิน ๑๓ แผงต่อคนต่อปี ๒. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการ ให้คำปรึกษา ไม่เกิน ๕ ครั้งต่อคนต่อปี ๓. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิดทุก ๓ ปี ๔. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา ไม่เกิน ๒ แผง ต่อคนต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			๔.๑ ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๑๕๐ บาทต่อครั้ง ๔.๒ ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๕๐ บาท ๕. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการ ให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อแผง	
	วัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation)	๑. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูล และให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ๒. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ จ่ายค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในงบประมาณจ่ายรายหัว	
	วัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่ไม่ได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation)	๑. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูล และให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ๒. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ จ่ายชั้นละไม่เกิน ๑ บาท ไม่เกิน ๑๐ บาทต่อครั้ง	ให้บริการถุงยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน ๑๐ ชิ้น ต่อคน ไม่เกิน ๓๖๕ ชิ้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา
๑๐. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	หญิงที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์	หน่วยบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และสามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์	ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งจ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายในระบบปกติ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ ๑. วิธีใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซพรอสตอล ชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol ๒๐๐ mcg + Mifepristone ๒๐๐ mg combination pack) ๒. วิธีศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
				Aspiration : MVA), การใช้เครื่องดูด สูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) บริการยุติตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับ แพทยสภา
๑๑. บริการแว่นตาเด็ก ที่มีสายตาคิดปกติ	เด็กอายุ ๓ - ๑๒ ปี หรือกำลังศึกษา ในชั้นอนุบาล ๑ ถึงประถมศึกษาปีที่ ๖	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตา ผิดปกติที่มีจักษุแพทย์	๑. เลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (Stock lens) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี ๒. เลนส์สายตาคิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี	บริการแว่นตาแก่เด็กที่มีสายตาคิดปกติ คนละไม่เกิน ๑ อันต่อปี ซึ่งอัตราการจ่าย จะเหมารวม ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์ และค่าประกอบแว่นตา ค่าดำเนินการ และค่าบริการตรวจประเมิน ๑. เลนส์สายตาคิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -๖.๐ ถึง +๖.๐ หรือสายตาเอียงไม่เกิน -๒.๐ D ๒. เลนส์สายตาคิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตา ผิดปกติทั่วไปตาม ๑. หรือมีปัญหา ความผิดปกติทางตาอื่นที่สามารถแก้ไขได้ ด้วยแว่นตา
๑๒. บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	หญิงอายุ ๓๐ - ๕๙ ปี หรืออายุ ๑๕ - ๒๙ ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย หรือ	๑. หน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ๒. หน่วยบริการที่ให้บริการ ตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	๑. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) ๑.๑ ค่าบริการเก็บตัวอย่าง จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง	๑. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test รวมถึงการเก็บ สิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) คนละ ๑ ครั้งทุก ๕ ปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	มีคู่นอนหลายคน หรือ ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	ต้องเป็นหน่วยบริการเดิม ที่เคยดำเนินการอยู่ใน ๓๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อำนาจเจริญ ยโสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท พิษณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชนบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น ยะลา กำแพงเพชร และจังหวัด มุกดาหารเฉพาะอำเภอ นิคมคำสร้อย	<p>๑.๒ ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดสองสายพันธุ์ (HPV 16 18 and other types) จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๑.๓ ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด ๑๔ สายพันธุ์ (HPV 14 high risk types) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๗๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๑.๔ ค่าบริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๑.๕ ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน ๑ ปีหลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๒. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี VIA จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๓. ค่าบริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcopy รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>โดยตรวจคัดกรองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA Test, Pap smear, VIA)</p> <p>๒. ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง รวมการวางระบบดำเนินงานการออกรายงานผล</p> <p>๓. หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ HPV DNA Test เป็นหน่วยบริการ ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์ตาม ISO15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการ ของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิ แพทย์แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรอง โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงกันได้ ในระดับเดียวกัน และต้องมีเครือข่าย การส่งตรวจ Colposcope รวมตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่มีการตรวจคัดกรอง HPV DNA test แล้วพบผลผิดปกติ</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑๓. บริการคัดกรองรอยโรค เสี่ยงมะเร็งและมะเร็ง ช่องปาก (CA Oral Screening)	ผู้มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก โดยแพทย์ หรือทันตแพทย์	ค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา โดยจ่าย แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อครั้ง	
๑๔. บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงสูง	ผู้มีความเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อวัณโรค	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ คัดกรองและค้นหาวัณโรค	๑. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสี ทรวงอก (Chest-X-ray : CXR) จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑ TB-LAMP จ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒ Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) จ่ายในอัตรารวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) อัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓ Real-time PCR MTB/MDR จ่ายในอัตรารวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (๒ ชนิด) อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๔ Line Probe Assay (LPA) จ่ายในอัตรารวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง	๑. ผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ๗ กลุ่ม ได้แก่ ๑.๑ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๒ ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานกักขัง และพัฒนาคณพิการ/สถานกักขัง คนไร้ที่พึ่ง ๑.๓ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๔ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับ ยากดภูมิคุ้มกัน ๑.๕ ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้น เรื้อรัง หรือมีโรคร่วมเบาหวาน ๑.๖ ผู้ใช้สารเสพติดหรือติดสุราเรื้อรัง ๑.๗ บุคลากรสาธารณสุข ๒. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray : CXR) ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			<p>๒.๔.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๒.๔.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (๒ ชนิด) อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๓. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (๒ ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs</p> <p>๔. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) จ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๕. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ ๒. ได้ ให้ตรวจด้วยวิธี ดังต่อไปนี้</p> <p>๕.๑ ตรวจด้วยวิธี AFB อัตรา ๒๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>๕.๒ ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>๕.๒.๑ เทคนิค Solid media อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๕.๒.๒ เทคนิค Liquid media อัตรา ๓๐๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>๓. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี</p>
<p>๑๕. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด</p>	<p>๑. ผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปีที่มีความเสี่ยง</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด</p>	<p>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด</p>	<p>๑ ครั้งต่อปี สำหรับผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	ต่อการเกิดโรคเบาหวาน		ระดับน้ำตาล ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG)	เกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการ สาธารณสุข ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
	๒. ผู้มีอายุ ๔๕ - ๗๐ ปี		จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง	๑ ครั้ง ทุก ๕ ปี ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน
๑๖. บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2	ผู้มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยเกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและหรือตรวจยีนBRCA1/BRCA2	๑. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่าง (เลือด) และจัดส่งตัวอย่างไปยังหน่วยบริการที่ตรวจยีน จ่ายแบบเหมาจ่าย คนละ ๑ ครั้ง ในอัตรา ๕๐๐ บาท ๒. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ๒.๑ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงคนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.๒ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต
๑๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	หญิงอายุ ๑๓ - ๒๔ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ค่าบริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายในอัตรา ๖๕ บาทต่อคน	คนละ ๑ ครั้งต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑๘. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	หญิงอายุ ๑๓ - ๔๕ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด)	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งต่อปี
๑๙. บริการเคลือบฟลูออไรด์	๑. ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ๒. ผู้ต้องขัง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา คนละไม่เกิน ๒ ครั้ง ต่อปีสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษาเมะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกอักเสบ รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
๒๐. บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง (Fit test)	ผู้มีอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี
๒๑. บริการคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี	ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติรวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต
๒๒. บริการคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี	๑. ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๑. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก	๑. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย ๑.๑ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (PLHIV) ๑.๒ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ๑.๓ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ๑.๔ บุคลากรทางการแพทย์

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			<p>จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด</p> <p>ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>เกี่ยวกับการการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</p> <p>กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง</p> <p>ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ HCV core antigen จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง</p> <p>๒.๒ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) จ่ายในอัตรา ๑,๖๙๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>๑.๕ ผู้ต้องขัง</p> <p>๒. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี</p> <p>ด้วย Anti-HCV</p> <p>๒.๑ สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕</p> <p>จำนวน ๑ ครั้งตลอดชีวิต</p> <p>๒.๒ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี</p> <p>ปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๓ สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>๓. กรณีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี</p> <p>สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก</p> <p>หน่วยบริการต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน</p> <p>งานเทคนิคการแพทย์ ISO 15189</p> <p>หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์</p> <p>โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory</p> <p>Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการ</p> <p>ของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์</p> <p>แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการ</p> <p>ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ที่ดำเนินการรับรอง หรือมาตรฐานอื่น</p> <p>ที่เทียบเคียงกันได้ในระดับเดียวกัน และต้องมี</p> <p>เครือข่ายในการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา</p>
<p>๒๓. บริการตรวจคัดกรอง</p> <p>พยาธิใบไม้ตับ</p> <p>ด้วยการตรวจปัสสาวะ</p>	<p>อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p>	<p>หน่วยบริการนวัตกรรม ได้แก่</p> <p>หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ</p> <p>เฉพาะด้านเภสัชกรรม</p> <p>หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ</p>	<p>ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจ</p> <p>ปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT)</p> <p>จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป และมีประวัติเสี่ยง ข้อใดข้อหนึ่ง</p> <p>ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>๒. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		เฉพาะด้านเวชกรรม หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์		๓. มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ คนละ ๑ ครั้งต่อปี
๒๔. บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์	หญิงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ จ่ายในอัตราไม่เกิน ๒,๔๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ อัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	ให้บริการหญิงอายุ ๔๐ ขึ้นไป ที่มีประวัติ ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม โดยให้ตรวจ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี
๒๕. บริการให้วัคซีน ป้องกันโรค	ทุกกลุ่มอายุ	หน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการวัคซีน	ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อโดส	ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคเป็นไปตามตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขต ของบริการสาธารณสุข
๒๖. บริการคัดกรองวัณโรค ระยะแฝง (Latent TB Infection)	ผู้ที่มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง	๑. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือด เป็นหน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการตรวจคัดกรอง วัณโรคระยะแฝงตามแนวทาง เวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	๑. ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรค ระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๕๐ บาทต่อครั้ง ต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๓.๑ การตรวจ ELISA ๓.๒ การตรวจ Chemiluminescence	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ๑.๓ กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>๒. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>๓.๓ การตรวจFluorescence</p>	<p>๑.๓.๑ ผู้ป่วยที่กำลังจะเริ่มหรือได้รับยาชีววัตถุกลุ่ม anti-TNF</p> <p>๑.๓.๒ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิเทียบเท่ากับ prednisone ๑๕ มก. ต่อวัน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๑ เดือนขึ้นไป (ในเด็กได้ prednisolone ๒ มก./กก/วัน นาน ๒ สัปดาห์ ขึ้นไป)</p> <p>๑.๓.๓ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต</p> <p>๑.๓.๔ ผู้ป่วยที่เตรียมตัวปลูกถ่ายอวัยวะหรือไขกระดูก</p> <p>๒. กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง รายงานผลเป็นบวก ให้ทำการรักษาวัณโรคระยะแฝงเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคด้วยสูตรยาตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การรักษาเป็นไปตามสิทธิ</p>
<p>๒๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>๑. อายุ ๖ - ๑๒ เดือน</p> <p>๒. อายุ ๓ - ๕ ปี</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>ค่าตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือค่าตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) จ่ายในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ</p>	<p>ไม่ซ้ำซ้อนกับการให้บริการตรวจติดตามภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อการรักษา</p>
<p>๒๘. บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>อายุ ๖ - ๑๒ เดือน</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>บริการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p>	<p>ไม่ซ้ำซ้อนกับการให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อการรักษา</p>

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายและรายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. บริการฝากครรภ์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	<p>๑. บริการการฝากครรภ์ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการฝากครรภ์ ทั้งนี้ การเบิกค่าบริการฝากครรภ์ ตั้งแต่ครั้งที่ ๙ เป็นต้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดหลักฐานการให้บริการเพิ่มเติมจากหน่วยบริการ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา</p> <p>๒. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการฝากครรภ์จะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการแบบเหมาจ่าย ๖๐๐ บาท ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีรายการครบทุกรายการ ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ CBC-Hb/Hct</p> <p>๒.๒ MCV และหรือ DCIP</p> <p>๒.๓ Blood group: ABO/Rh</p> <p>๒.๔ การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส</p> <p>๒.๕ HIV antibody</p> <p>๒.๖ Hepatitis B</p> <p>๓. บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HIV antibody และ การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ที่ส่งตรวจในช่วงที่อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด โดยตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรายงานผลตรวจ ที่มีวันที่ส่งตรวจ สอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย</p> <p>๔. บริการการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ ตรวจสอบพบผลการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์</p> <p>๕. บริการการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>๕.๑ หลักฐานการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก</p> <p>๕.๒ หลักฐานการให้บริการชัดและทำความสะอาดฟัน</p> <p>ทั้งนี้ หลักฐานการให้บริการในข้อ ๕ ที่ตรวจสอบพบ ไม่จำเป็นต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกัน</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๒. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูลผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรายงานผลการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ รายงานผลตรวจจะต้องมีวันที่ส่งตรวจหรือรายงานผลการตรวจที่สอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจยืนยันด้วย Alpha-thalassemia 1 (PCR) หรือ Beta-thalassemia (Mutation analysis) จะต้องพบผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย หรือ Hb typing มีผลการตรวจผิดปกติ ๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ จะต้องเป็นกรณีที่ผลสรุปคู่เสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรง และจะต้องพบบันทึกการทำหัตถการ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๔.๑ การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling) ๔.๒ การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ๔.๓ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p>
<p>๓. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย และการคัดกรองซิฟิลิส</p>	<p>บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูล ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ๓. กรณีที่เป็นการคัดกรองในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย พบหลักฐานหรือบันทึกการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง และพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยมีวันที่ส่งตรวจ หรือรายงานผลตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง ๔. ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) จะต้องพบผลการตรวจคัดกรอง แบบย้อนทางวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT หรือการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิมวิธี RPR หรือ VDRL ผิดปกติร่วมด้วย</p>
<p>๔. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal System) http://nprp.nhso.go.th หรือ Krungthai Digital</p>	<p>๑. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ระบุวันที่ส่งตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	<p>Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)</p>	<p>๒. พบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test หรือรายงานผลการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ที่ระบุวันส่งตรวจ สอดคล้องกับการตั้งครรภ์</p> <p>๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑ ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้ข้ออย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑.๑ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) พบว่ามีความเสี่ยงสูง</p> <p>๓.๑.๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง</p> <p>๓.๑.๓ มีข้อบ่งชี้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ได้แก่</p> <p>(๑) ผ่านการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้วผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น อัลตราซาวด์พบความผิดปกติ หรือ</p> <p>(๒) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเกินกว่าที่ระบบการตรวจ Quadruple test จะรู้ผลทันเวลาของการวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง เช่น หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๒๐-๒๒ สัปดาห์ หรือ</p> <p>(๓) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์</p> <p>๓.๒ พบหลักฐานบันทึกการทำหัตถการของการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๒.๑ การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)</p> <p>๓.๒.๒ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)</p> <p>๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม ต้องพบบรายงานผลการตรวจโครโมโซมที่ระบุวันที่ส่งตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๕. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูลผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒ ครั้ง ต้องพบหลักฐานทารกที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หรือคลอดเป็นทารกแฝดหรือเป็นทารกป่วย ๔. พบรายงานผลการตรวจ TSH ในรายที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจติดตามและยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์</p>
<p>๖. การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.go.th หรือผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๗. การตรวจหลังคลอด	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานหรือบันทึกวันที่คลอดบุตรและบริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน ๓ ครั้ง ตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด หลักฐานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและกรดโฟลิก ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายครั้งละ ๓ เดือน ทั้งนี้ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการคลอด
๘. การทดสอบการตั้งครรภ์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานหรือบันทึกผลการตรวจปัสสาวะสำหรับการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือหลักฐานการให้บริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. จำนวนครั้งของการให้บริการต่อปี ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี
๙. บริการวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย สำหรับการให้บริการ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดยาคุมกำเนิด บริการใส่ห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และบริการจ่ายถุงยางอนามัย ๓. เงื่อนไขของการให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๑๐. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือบันทึกข้อมูล ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th กรณียามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกันส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver)</p>	<p>๑. บริการยุติตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา ๒. พบบันทึกการสั่งยาโดยแพทย์ และใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ในกรณีขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ๓. บันทึกการทำหัตถการตามรายการที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย กรณีขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA, EVA) ๔. ไม่รวมการรักษา blighted ovum, molar pregnancy, dead fetus in utero และ incomplete abortion</p>
<p>๑๑. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาคิดปกติ</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการแว่นตา (Stock Lens/Lab Lens) อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับบันทึกผลการตรวจระดับสายตา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ๓. ให้บริการจ่ายแว่นตาแก่เด็กที่มีสายตาคิดปกติ คนละไม่เกิน ๑ อันต่อปี และมีการตรวจติดตามหลังจ่ายแว่นตา ๖ เดือน</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๑๒. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด คนละ ๑ ครั้งทุก ๕ ปี โดยตรวจคัดกรองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA Test, Pap smear, VIA) เว้นแต่กลุ่มเป้าหมายต้องการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test ถ้าไม่เคยตรวจด้วยวิธีนี้มาก่อน ให้สามารถตรวจได้เลย หรือในปีถัดไปหลังจากการตรวจด้วยวิธีอื่น</p> <p>๒. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการตรวจ Pap smear และรายงานผลการตรวจ Pap smear ที่เป็น official report</p> <p>๓. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA</p> <p>๓.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน ๓๒ จังหวัดตามที่กำหนด</p> <p>๓.๒ พบบันทึกหลักฐานการให้บริการตรวจ VIA และพบการบันทึกผลการตรวจ VIA</p> <p>๔. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test</p> <p>๔.๑ พบหลักฐานการให้บริการเก็บตัวอย่างตรวจ HPV DNA test หรือให้ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง</p> <p>๔.๒ ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๔.๓ ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการการตรวจ HPV DNA test และรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๕. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Liquid based cytology ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจ Liquid based cytology ที่เป็น official report</p> <p>๖. บริการการตรวจยืนยันมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Colposcope รวมตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา</p> <p>๖.๑ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการการตรวจ colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP)</p> <p>๖.๒ ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจทางพยาธิที่เป็น official report ในกรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อ</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๑๓. การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>๑๔. ตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ๑.๑ ผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ๗ กลุ่ม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ๑.๑.๑ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๑.๒ ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๑.๑.๓ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๑.๔ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ๑.๑.๕ ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมีโรคร่วมเบาหวาน ๑.๑.๖ ผู้ใช้สารเสพติดหรือติดสุราเรื้อรัง ๑.๑.๗ บุคลากรสาธารณสุข <p>๒. พบหลักฐานตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ๒.๑ พบผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR) ๒.๒ พบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคตัวยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		<p>๒.๓ พบรายงานผลการตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย แต่ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay)</p> <p>๒.๔ พบรายงานผลการตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (๒ ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในกรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๒.๕ พบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB)</p>
<p>๑๕. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงในตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) โดยมีหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ ที่ตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG)</p> <p>๒. ผู้มีอายุ ๔๕ - ๗๐ ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน) โดยมีหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจ Total Cholesterol และ HDL (high density lipoprotein) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด”</p>
<p>๑๖. การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด</p> <p>๒. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ ๑ ครั้ง ในอัตรา ๕๐๐ บาท</p> <p>๒.๑ พบหลักฐานในการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม รวมทั้งบันทึกความเห็นของแพทย์</p> <p>๒.๒ พบหลักฐานบันทึกคำสั่งของแพทย์ในการส่งตรวจยีน BRCA1/BRCA2</p> <p>๒.๓ พบหลักฐานบันทึกการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม</p> <p>๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		<p>๓.๑ พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ เช่น ผลตรวจพยาธิวิทยา และผลการตรวจ receptors ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการรักษาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓.๒ พบหลักฐานหรือการบันทึกประวัติมะเร็งในครอบครัว ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้</p> <p>๓.๓ พบรายงานผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ที่เป็น official report</p> <p>๓.๔ หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ตาม ISO15189 รายงานทดสอบ BRCA1/BRCA2 หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการรับรองโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์</p> <p>๔.๑ พบหลักฐานหรือการบันทึกประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่มีการตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้</p> <p>๔.๒ พบรายงานผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ที่เป็น official report</p>
<p>๑๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด และผู้รับบริการต้องไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์</p> <p>๒. พบหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑๘. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด และผู้รับบริการต้องไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด ๒. พบหลักฐานการให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
๑๙. บริการเคลือบฟลูออไรด์	พิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ และบันทึกยืนยันการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการเคลือบฟลูออไรด์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ๓. สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษาเมื่ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกอักเสบ รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
๒๐. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล	๑. ผู้รับบริการมีอายุตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	
๒๑. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๒. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๓. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายและมีปัจจัยเสี่ยงตามที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๒๔. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการหรือการบันทึกประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์</p>
<p>๒๕. บริการให้วัคซีนป้องกันโรค</p>	<p>พิสูจน์ตัวตนโดยใช้เลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ หรือของมารดา/ผู้ปกครอง ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปี หรือกรอกเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการหรือของมารดา/ผู้ปกครอง บันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการฉีดผ่าน Application หมอพร้อมหรือ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการให้เป็นไปตามรายการบริการ กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับกลุ่มเป้าหมาย และความถี่ในตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ๒. พบหลักฐานการให้บริการวัคซีนป้องกันโรค ตามจำนวนโดสของการให้วัคซีนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย</p>
<p>๒๖. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)</p>	<p>บันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือเชื่อมต่อ</p>	<p>๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon Gamma release assays (IGRAs) ที่ระบุผู้เข้ารับบริการ วันที่ส่งตรวจ และวิธีการตรวจ อย่างชัดเจน</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	ข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๓. พบหลักฐานการให้บริการเจาะเลือดและให้คำปรึกษา กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการเจาะเลือด และให้คำปรึกษา ๔. พบเอกสารหลักฐานการจัดส่ง กรณีที่เรียกเก็บค่าจัดส่ง
๒๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๘. บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด

เกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ สำหรับผู้รับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมาย
<p>๑. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง</p>	<p>๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุไม่เกิน ๔๕ ปี</p> <p>๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมที่อายุ ๔๖-๕๐ ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ มีประวัติมะเร็งเต้านมปฐมภูมิมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง อาจเป็นช่วงเวลาเดียวกันหรือช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (second primary, bilateral, synchronous, metachronous)</p> <p>๒.๒ มีประวัติโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งตับอ่อน หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก ในญาติสายตรงอย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑ มีประวัติญาติสายตรงอย่างน้อย ๑ คนที่เป็น</p> <p>๓.๑.๑ มะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุไม่เกิน ๕๐ ปี หรือมะเร็งเต้านมในผู้ชาย หรือ</p> <p>๓.๑.๒ มะเร็งรังไข่ หรือ</p> <p>๓.๑.๓ มะเร็งตับอ่อน หรือ</p> <p>๓.๑.๔ มะเร็งต่อมลูกหมาก (metastatic, intraductal/cribriform, high or very high risk group)</p> <p>๓.๒ มีประวัติผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย ๓ คนที่เป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>๓.๓ มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย ๒ คนที่เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก</p> <p>๔. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกช่วงอายุที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๔.๑ เป็นมะเร็งเต้านมแบบ triple negative</p> <p>๔.๒ เป็นมะเร็งเต้านมในผู้ชาย</p>
<p>๒. ญาติสายตรง</p>	<p>บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2</p>