



อบจ.จันทบุรี เลขรับที่ 3171
 วันที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๖๘
 เวลา.....

ที่ สธ ๐๙๐๖.๐๓/ว๒๒๕๘

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๘

กองสาธารณสุข
 เลขที่รับ ๑๘๖5
 วันที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๖๘
 เวลา.....น.

เรื่อง ขอแจ้งชุดสิทธิประโยชน์การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๘
 เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด **จันทบุรี**

อ้างถึง หนังสือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๙๐๖.๐๓/ว๔๓๘๑ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
 เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘
 (ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) จำนวน ๑ ชุด
 ๒. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพและพัฒนาศักยภาพเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิดผ่านโครงการ “เด็กฉลาดด้วยธาตุเหล็ก” ด้วย ๓ มาตรการสำคัญคือ การให้โภชนาการ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขนาดป้องกัน และการคัดกรองภาวะโลหิตจาง โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บรรจุชุดสิทธิประโยชน์นี้ไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้วในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๔๒ ตอนพิเศษ ๓๗๗ ง วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป นั้น

กรมอนามัย ขอแจ้งชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบจ่ายรายการบริการ (PP Fee-schedule) การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ - ๑๒ เดือน ชดเชยในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี และการคัดกรองภาวะโลหิตจางด้วยการตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ที่เด็กอายุ ๙ เดือน (๖ - ๑๒ เดือน) และอายุ ๔ ปี (๓ - ๕ ปี) ชดเชยในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ โดยขอให้หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดของท่านที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายในช่วงอายุดังกล่าว เพื่อให้มีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างจริงจังและมีผลต่อเนื่องระยะยาว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



รายละเอียด

สำนักโภชนาการ
 โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๙๔๕
 โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๗๑๕

(นายปรกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์)
 รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมอนามัย



สาระสำคัญ

คู่มือแนวทางการควบคุม และป้องกันภาวะโลหิตจาง W.ร. 2568

Highlight Guidelines for the Control and Prevention of Anemia 2025

ประเด็นหลักและ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

ภาวะโลหิตจางยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยพบในเด็กทารกและเด็กเล็ก-หญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การสำรวจไทยขนาดใหญ่ในปีถัดมาจะรายงานออกมาตั้งแต่ ครั้งที่ 2 พ.ร. 2567 (SEANUTS II) พบว่าทารกอายุ 5-9 เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 56.6 ส่วนเด็กอายุ 1-3.9 ปี พบร้อยละ 35.2

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ 4-6 ในปี พ.ร. 2551, 2557 และ 2563 ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบแนวโน้มดีขึ้น คือ ภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 24.8 เป็น 22.7 และ 16.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พบความผิดปกติทางใบ้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.9, 31.2 และ 30.9) ระหว่างปี พ.ร. 2566-2568 ตามลำดับ

สถานการณ์นี้ชี้ถึงความจำเป็นในการเร่งรัดมาตรการส่งเสริมโภชนาการตามวัย การคัดกรองภาวะโลหิตจาง การเสริมธาตุเหล็ก การสื่อสารความรู้ และการตรวจประเมินผลเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

- 1 ปรับเกณฑ์การวัดด้วยภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-23 เดือน และหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก 2024 (ตารางที่ 1)
- 2 การเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่ตั้งครรภ์ 1 ครั้งตั้งแต่เด็กลาย 6 เดือน มีประสิทธิภาพดีกว่าการเสริมธาตุเหล็กต่อเนื่อง 3 เดือน และเหมาะสมกับบริบทระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
- 3 กำหนดการคัดกรองภาวะโลหิตจางในทารกอายุ 9 เดือน และเด็กลาย 4 ปี โดยตรวจสอบ ฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต
- 4 การเฝ้าระวังตามวัย ตามร่งตามการสนับสนุน พ.ร. 2567 เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมเสริมโภชนาการที่เป็นแหล่งธาตุเหล็กอย่างเพียงพอ
- 5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการทางการแพทย์ผ่านช่องทางบริการในคลินิกสุขภาพดี (Well Child Clinic) และคลินิกทารกแรก (ANC)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวัดด้วยภาวะโลหิตจาง

อายุหรือเพศ	ฮีโมโกลบิน (กรัม/เดซิลิตร)	ฮีมาโตคริต (%)
เด็กลาย 6-23 เดือน	<10.5	<32
เด็กลาย 24-59 เดือน	<11	<33
เด็กลาย 5-11 ปี	<11.5	<34
เด็กลาย 12-14 ปี	<12	<36
หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ≥ 15 ปี	<12	<36
ชายอายุ ≥ 15 ปี	<13	<39
หญิงตั้งครรภ์		
ไตรมาสที่ 1 (เด็กลาย 1-3 หรือ 1-13 สัปดาห์)	<11	<33
ไตรมาสที่ 2 (เด็กลาย 4-6 หรือ 14-27 สัปดาห์)	<10.5	<32
ไตรมาสที่ 3 (เด็กลาย 7-9 หรือ 28-40 สัปดาห์)	<11	<33

ที่มา : Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. World Health Organization, 2024

ตารางที่ 2 การวัดระดับความรุนแรงของปัญหาโลหิตจางในเด็กทารกและเด็กเล็ก

ระดับปัญหาโลหิตจาง	จำนวน	ความถี่โลหิตจาง (%)
รุนแรง	2,40	2.40
ปานกลาง	20,0 - 39,9	20.0 - 39.9
เล็กน้อย	5,0 - 19,9	5.0 - 19.9
ปกติ	5,49	5.49

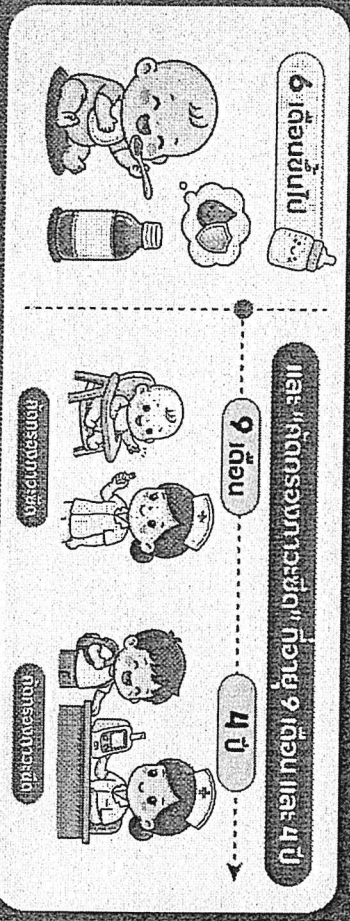
ที่มา : Nutritional anemias: tools for effective prevention and control. Geneva: World Health Organization, 2017



เด็ก อ้วน สุขภาพดี

ชุดสิทธิประโยชน์

เด็กไทยทุกคนจะได้รับ "ยาต้านสารธาตุเหล็ก"
เพื่อป้องกันภาวะซีด ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป



ฟรี !! ที่หน่วยบริการของรัฐใกล้บ้าน

สำหรับหน่วยบริการ

รูปแบบการให้บริการ
ยาต้านสารธาตุเหล็กในเด็ก

รับยาต้านสารธาตุเหล็ก
พร้อมรับวัคซีน
ช่วง 6-12 เดือน

(ในหน่วยบริการอายุ 6 เดือน)

รูปแบบการให้บริการ
คัดกรองโลหิตจางในเด็ก

ได้รับการเจาะ Hb/Hct
พร้อมรับวัคซีน 2 ช่วงอายุ
6-12 เดือน / 3-5 ปี

(ในหน่วยบริการอายุ 9 เดือน และ 4 ปี)

หน่วยให้บริการ (เช่น สถานีรถไฟ 50- / กบ.)

บริการ * กักตุน * KTP

คู่มือ

หน่วยให้บริการ (Hb หรือ Hct 30- / กบ.)

บริการ * กักตุน * KTP

คู่มือ

ทางเลือกสีทองในเด็ก

แนวทางการวินิจฉัยและรักษา



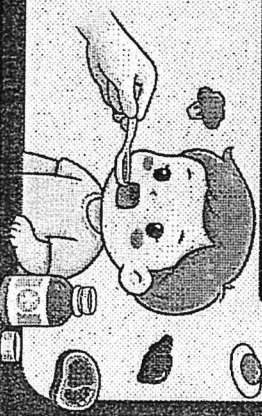
คัดกรองภาวะโลหิตจาง (Hb/Hct)
ที่อายุ 9 เดือน และ 4 ปี

วิธีวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง

อายุ < 2 ปี : Hb < 10.5 กรัม/ดล หรือ Hct < 31.5%
อายุ 2-5 ปี : Hb < 11 กรัม/ดล หรือ Hct < 33%

ให้ยาต้านสารธาตุเหล็กขนาดรักษา

4-6 มก./กก./วัน
ให้ 1 ครั้งต่อวัน นาน 30 วัน
พร้อมคำแนะนำด้านโภชนาการ



กรณี Hb เพิ่มขึ้น > -1 กรัม/ดล.
วินิจฉัยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก



ให้ยาต้านสารธาตุเหล็กขนาดรักษา
จนกว่า Hb จะปกติ
และเมื่อปกติให้ยาต่ออีก 60 วัน

กรณี Hb 1 ปีเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้น
< 1 กรัม/ดล.



Refer พบกุมารแพทย์
เพื่อตรวจหาสาเหตุเพิ่มเติม

อ้างอิง : คู่มือแนวทางการตรวจประเมินองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2568



แนวทางการรักษาภาวะโลหิตจางและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก



คัดกรองภาวะโลหิตจาง (เช่น โภชนาการ/สุขภาพ (การตรวจ))

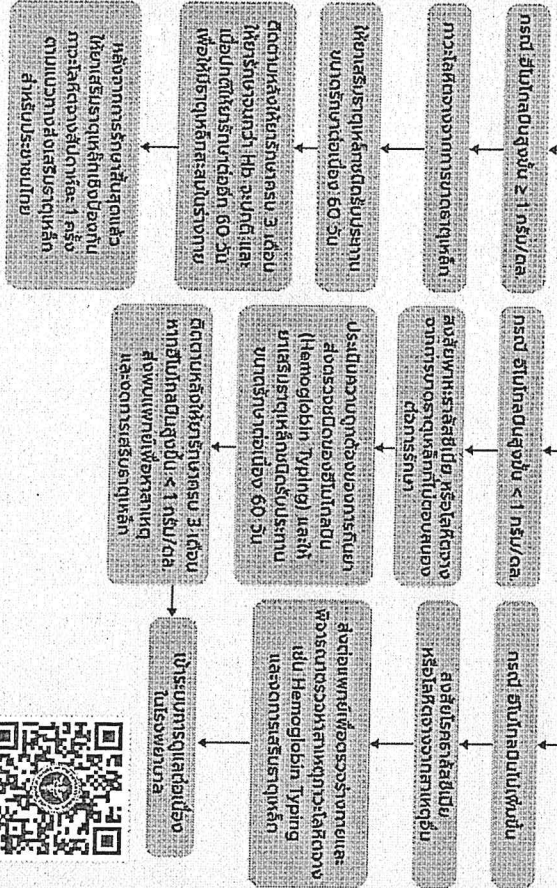
พบภาวะโลหิตจาง ตามเกณฑ์วินิจฉัย ตารางที่ 1
ให้คำแนะนำในการรักษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้ยาเสริมธาตุเหล็กขนาดรับประทานจากภาวะโลหิตจาง

เด็ก 9 เดือน - 5 ปี	ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขนาด 4-6 มิลลิกรัม/โกลบิน/วัน รับประทานวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน เป็นเวลา 30 วัน	หญิงตั้งครรภ์	ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมต่อเม็ด) วันละ 1 เม็ด รับประทานทุกวัน เป็นเวลา 30 วัน*
---------------------	---	---------------	---



เด็กทารก/เด็กหรือผู้ใหญ่ที่มีภาวะโลหิตจางเป็นระยะเวลานาน (เช่น มากกว่า 1 เดือน) หรือภาวะโลหิตจางที่รุนแรง (CBC) ที่มีฮีโมโกลบินต่ำกว่า



* หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง



การดำเนินงานควบคุมและป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก



1. โสภณภาพส่งเสริมสุขภาพชุมชน (โรงเรียน, สถานีทำงาน)

โดยบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ให้คำแนะนำในการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ

- ให้ความรู้การบริโภคอาหาร และส่งเสริมโภชนาการ
- แนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะโลหิตจางให้รับประทานธาตุเหล็กก่อนคลอด 4-6 เดือน
- ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของธาตุเหล็ก: การเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์ และเด็ก
- แนะนำผู้ปกครองที่เกี่ยวกับความสำคัญของภาวะโลหิตจาง

2. จัดหาแพทย์ประจำ

โดยแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ เป็นต้น

บริการยาเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกัน*	การทาลดฮีมาต็อกซ์ 0-5 ปี	เด็กโต / ผู้ใหญ่ / หญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์
<ul style="list-style-type: none"> เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กวันละ 1 ครั้ง มารดาตั้งครรภ์ 2 เดือนขึ้นไป กินธาตุเหล็ก 2-500 กรัม ได้รับธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม/วัน ทุกวัน 	<ul style="list-style-type: none"> เด็กอายุ 6-12 เดือน หญิงตั้งครรภ์ 3-5 ปี หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก หญิง 6-12 ปี 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กวันละ 1 ครั้ง วัยรุ่น หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 13-45 ปี) ได้รับธาตุเหล็กเสริมวันละ 12.5 มิลลิกรัม/วัน ทุกวัน 	<ul style="list-style-type: none"> หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมโรคโลหิตจาง และโลหิตจาง การขาดธาตุเหล็ก ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

ให้ยาเสริมธาตุเหล็กขนาดรักษา, ทาลูก และติดตามผลการรักษา

เมื่อได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเป็นระยะเวลานานของทารกต่าง ๆ เช่น คลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic) คลินิกทารกแรกเกิด (Antenatal Care Clinic : ANC) หรือดำเนินการให้การรักษาในคลินิกที่ร่วมมือกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน และสถานบริการอื่น ๆ ที่ให้บริการร่วมด้วยเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ คลินิกวัยเจริญพันธุ์ และคลินิกที่ปรึกษาผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถวางแผนการบริการจัดการร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง

* การบริการตามชุดข้อมูลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (ฉบับปรับปรุง) : โครงการสนับสนุนสุขภาพเด็กไทยด้วยปัญญา (ประเทศไทย) และโครงการเสริมสุขภาพเด็กไทยด้วยปัญญา (ประเทศไทย) : โครงการสนับสนุนสุขภาพเด็กไทยด้วยปัญญา (ประเทศไทย) : 2559



ข้อเสนอแนะ

1. ประเมินความเสียหายต่อทารกตาม ผู้ดูแลปัญหา หรือสุขภาพ
2. ประเมินผลข้างเคียงของยา เช่น นausea, ท้องเสีย หรือท้องผูก ถ้าไม่พบอาการแนะนำให้รับประทานต่อ
3. ตรวจสอบวิธีการรักษา เป็นขั้นตอนของแพทย์หรือเภสัชกรที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพ เช่น ยา การทานที่แนะนำเกี่ยวกับธาตุเหล็ก หรือการเสริมธาตุเหล็ก
4. ตรวจสอบความถี่ในการให้ยาที่เพียงพอ โดยพิจารณาจากผลตรวจสุขภาพทาง Elemental Iron
5. ประเมินภาวะการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็น ประจำเดือนหรือ 3 เดือนจากทางต้นทาง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน
จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับคำแนะนำ
ของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุม
ครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 กรณีการคัดกรองวินิจฉัยโรคในกลุ่มเสี่ยง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม
NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub รายละเอียดแต่ละบริการเป็นไป
ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(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

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

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขค่าบริการ
			<p>๒.๔.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๕๐๐ 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 ๓๐๐ 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. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีอนุพัทธ์วิทยา (Molecular testing) ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี</p>
๑๕. บริการตรวจกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	๑. ผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปีที่มีความเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการจะแสดงจากหลอดเลือดค่าและตรวจวัด	๑ ครั้งต่อปี สำหรับผู้ที่มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามตาราง ๑ แผนกชายประเภทคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขบริการ
	<p>ต่อการเกิดโรคเบาหวาน</p> <p>๒. ผู้มีอายุ ๔๕ - ๗๐ ปี</p>		<p>ระดับน้ำตาล ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG)</p> <p>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง</p>	<p>เกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขชุก ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษารอคอบาหวาน</p> <p>๑ ครั้ง ทุก ๕ ปี ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษารอคอบาหวานในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน</p>
<p>๑๖. บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2</p>	<p>ผู้มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ โดยเกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและหรือตรวจยีน BRCA1/BRCA2</p>	<p>๑. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่าง (เลือด) และจัดส่งตัวอย่างไปยังหน่วยบริการที่ตรวจยีน จ่ายแบบเหมาจ่าย คนละ ๑ ครั้ง ในอัตรา ๕๐๐ บาท</p> <p>๒. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2</p> <p>๒.๑ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงคนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท</p> <p>๒.๒ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท</p>	<p>บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต</p>
<p>๑๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากภาวะขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>หญิงอายุ ๑๓ - ๒๔ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากภาวะขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>ค่าบริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายในอัตรา ๖๕ บาทต่อคน</p>	<p>คนละ ๑ ครั้งต่อปี</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑๘. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	หญิงอายุ ๑๓ - ๕๕ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด)	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งต่อปี
๑๙. บริการเคลือบฟลูออไรด์	๑. ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ๒. ผู้ต้องขัง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา คนละไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปีสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดจากการรักษาระดับน้ำตาลด้วยการฉีดยาและบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบประสาทให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเนื้องอกในปากฟันผุที่ ขยายต่อการที่ตัวและขาตา
๒๐. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	ผู้มีอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี
๒๑. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBSAg ทุกรายแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติรวมค่าเก็บตัวอย่างจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต
๒๒. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	๑. ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๑. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีด้วย Anti-HCV ทุกรายแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่างจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้รับบริการที่ผล 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	อัตราการจัด	เงื่อนไขบริการ
<p>๒๓. บริการตรวจคัดกรอง พยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจพบัสสาวะ</p>	<p>อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p>	<p>หน่วยบริการนวัตกรรม ได้แก่ หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ เฉพาะด้านแล็บชันกรม หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ</p>	<p>จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับบริการการจัดจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข กรณีการจัดจ่ายตามรายการบริการ ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑ HCV core antigen จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) จ่ายในอัตรา ๑,๖๕๐ บาทต่อครั้ง</p>	<p>เงื่อนไขบริการ</p> <p>๑.๕ ผู้ต้องขัง</p> <p>๒. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV</p> <p>๒.๑ สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ จำนวน ๑ ครั้งตลอดชีวิต</p> <p>๒.๒ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๓ สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี</p> <p>๓. กรณีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่ผลิต Anti-HCV เป็นบวก หน่วยบริการต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์ ISO 15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการ ของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการรับรอง หรือมาตรฐานอื่น ที่เทียบเคียงกันได้ในระดับเดียวกัน และต้องมี เครือข่ายในการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป และมีประวัติเสี่ยง ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ๒. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าจ้าง	เงื่อนไขบริการ
<p>๒๔. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์</p>	หญิงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป	<p>เฉพาะด้านเวชกรรม หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ เฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ เฉพาะด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์</p>	<p>ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ จ่ายในอัตราไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ อัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับบริการการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ</p>	<p>ให้บริการหญิงอายุ ๔๐ ขึ้นไป ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม โดยให้ตรวจ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี</p>
<p>๒๕. บริการให้วัคซีนป้องกันโรค</p>	ทุกกลุ่มอายุ	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการวัคซีน</p>	<p>ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อโดส</p>	<p>ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคเป็นไปตามตาราง ๑ แบบที่ขยประเภทคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข</p>
<p>๒๖. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)</p>	<p>ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง</p>	<p>๑. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือดเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>๑. ค่าเจาะเลือดและให้ค่าปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี ด้วยวิธีวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๓.๑ การตรวจ ELISA ๓.๒ การตรวจ Chemiluminescence</p>	<p>ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ตามแนวทางการปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุข ๑.๓ กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	วิธีการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>๒. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองไวรัสระยะแฝงด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>๓.๓ การตรวจFluorescence</p>	<p>เงื่อนไขบริการ</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 สัปดาห์ขึ้นไป)</p> <p>๑.๓.๓ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต</p> <p>๑.๓.๔ ผู้ป่วยที่เตรียมตัวปลูกถ่ายอวัยวะ หรือไขกระดูก</p> <p>๒. กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองไวรัสระยะแฝงรายงานผลเป็นบวก ให้ทำการรักษาไวรัสระยะแฝงเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค ด้วยสูตรยาตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การรักษาเป็นไปตามสิทธิ</p>
<p>๒๗) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>๑. อายุ ๖ - ๑๒ เดือน ๒. อายุ ๓ - ๕ ปี</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>ค่าตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือค่าตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) จ่ายในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ</p>	<p>ไม่เข้าซ้อนกับการให้บริการตรวจติดตามภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อการรักษา</p>
<p>๒๘) บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>อายุ ๖ - ๑๒ เดือน</p>	<p>หน่วยบริการที่สามารถให้บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</p>	<p>บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็ก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p>	<p>ไม่เข้าซ้อนกับการให้บริการย่น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อการรักษา</p>