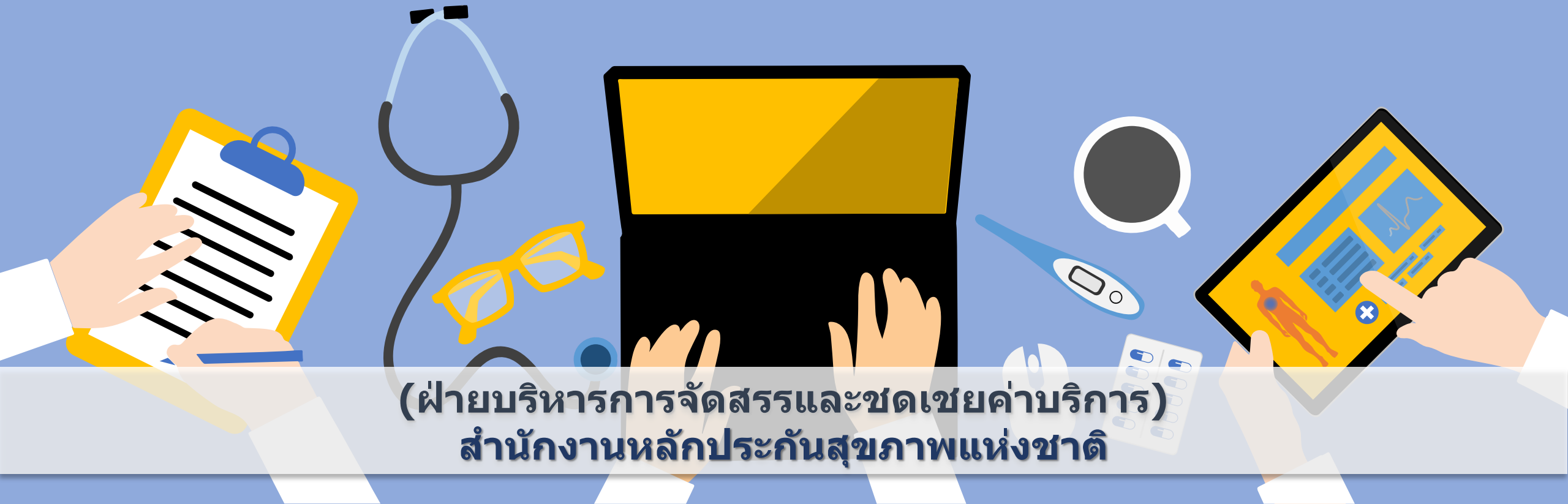


# หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Fee Schedule) ปีงบประมาณ 2566



(ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ)  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกสิทธิการรักษา
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1-12
3. ขอบเขตการบริการ	รายการบริการ PPFS 16 รายการ
4. การบันทึกข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่าน โปรแกรม KTB

# อัตราจ่ายชุดเชย

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

# อัตราจ่ายชุดเข็ม

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>4.บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์</b>	
<b>4.1</b> ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1) การเจาะเลือดปัสสาวะ	<b>100/การตั้งครรภ์</b>
2) การเจาะเลือดปัสสาวะและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<b>200/การตั้งครรภ์</b>
<b>4.2</b> ค่าบริการตรวจ Quadruple test	
1) การตรวจ Quadruple test	<b>1,200/การตั้งครรภ์</b>
2) การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<b>1,300/การตั้งครรภ์</b>
<b>4.3</b> การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
1) ค่าทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	<b>2,500/การตั้งครรภ์</b>
2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันโครโมโซมทารกในครรภ์	<b>2,500/การตั้งครรภ์</b>
<b>4.4</b> การยุติการตั้งครรภ์	<b>3,000 /การตั้งครรภ์</b>

# อัตราจ่ายชุดเข็ม

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>5.บริการคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซีฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</b>	
<b>5.1</b> การคัดกรองธาลัสซีเมีย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC + MCV และ/หรือ DCIP/Hb E screening	<b>120/การตั้งครรภ์</b>
<b>5.2</b> การคัดกรองซีฟิลิส 1) ค่าตรวจ VDRL 2) ค่าตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ	<b>50/การตั้งครรภ์</b> <b>100/การตั้งครรภ์</b>
<b>6.การตรวจหลังคลอด</b>	
<b>6.1</b> ค่าบริการตรวจหลังคลอด ครั้งที่ 1 หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน ครั้งที่ 2 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 8 - 15 นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 บริการตรวจหลังคลอดระหว่างวันที่ 16 - 42 นับถัดจากวันคลอด	<b>150/ครั้ง</b>
<b>6.2</b> ค่าบริการป้องกันการขาด ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine)	<b>135/ครั้ง</b>

# อัตราจ่ายชดเชย

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>7.บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)</b>	
ค่าบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา	<b>600/ครั้ง</b>
<b>8. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>	
<b>8.1</b> คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	<b>250/ครั้ง</b>
<b>8.2</b> คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	
1) ค่าบริการเก็บตัวอย่าง	<b>50/ครั้ง</b>
2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
2.1) นำยาตรวจ HPV 16,18 and other types	<b>280/ครั้ง</b>
2.2) นำยาตรวจ HPV 14 high risk types	<b>370/ครั้ง</b>
3) บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วย วิธี Liquid based cytology	<b>250/ครั้ง</b>
<b>8.3</b> บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา	<b>900/ครั้ง</b>

# อัตราจ่ายชุดเซย์

รายการบริการ	อัตรา (บาท)
<b>9. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)</b>	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อกรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ	60/ครั้ง
<b>10. บริการเคลื่อนฟลูออไรด์ (กลุ่มเสียง)</b>	
ค่าบริการบริการเคลื่อนฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100/ครั้ง
<b>11. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก</b>	
ค่าบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	65/คน
<b>12. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก</b>	
ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และการให้คำแนะนำ ติดตาม	80/ครั้ง/ปี

# อัตราจ่ายชดเชย

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>13. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์</b>	
13.1 ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน	
1) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม	40/แผง
2) ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว	80/แผง
13.2 ค่าบริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	50/แผง
13.3 ค่าบริการจ่ายถุงยางอนามัยและให้คำปรึกษา	ไม่เกิน 10/ครั้ง
13.4 ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด	60/ครั้ง
13.5 ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย	800/ครั้ง
13.6 ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด (รวมค่าถอดห่วง)	2,500/ครั้ง
<b>14. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย</b>	
ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ (ยายุติการตั้งครรภ์/MVA/EVA)	3,000/การตั้งครรภ์



# อัตราจ่ายชุดเชย

รายการบริการ	อัตรา(บาท)
<b>15. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต</b>	
15.1 อายุ 15-34 ปี	100/ครั้ง
15.2 อายุ 35-59 ปี	150/ครั้ง
15.3 ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) สำหรับกลุ่มเสี่ยง	40/ครั้ง
15.4 อายุ 45-70 ปี ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจ Total Cholesterol และ HDL	160/ครั้ง
<b>16. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ</b>	
ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา (Stock Len และ Lab len)	600/คน/ปี

THANK YOU



ทอลอมรวมเครือข่าย...ทอลากทอลายเพือทหนึ่งเดือว :  
รวมพลังสร้างสรรค้ทล็กประกันสุขภาพที่ยุ่งยึน