

การประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารกองทุน PP Fee Schedule ปีงบประมาณ **2564**



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี

กรอบแนวทางการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP ปี 64 *

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการ P&P
(328.57 บาทต่อปช.ทุกสิทธิ 66.0033 ล้านคน)

- ได้รับ 455.39 บาทต่อหัว UC pop 47.644 ล้านคน
- เป้าหมาย Thai pop 66.033 ล้านคน โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2563 เป็นตัวแทนในการจัดสรร

1. Central Procurement & NPP (30.83 บาท/คน)

- 1) Central Procurement
 - เพิ่มวัคซีน MMR ที่อายุ 1.5 ปี
 - วัคซีน HPV 2 เข็ม
- 2) NPP ได้แก่
 - สมุดบันทึกสุขภาพ
 - การบริการติดตามเด็กที่ผลการตรวจ TSH ผิดปกติ

2. P&P Area based (4 บาท/คน)

- บริหาร Global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรไทย ให้เป็นค่าบริการ
- 1) ที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพ
 - 2) ให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และนโยบายเร่งรัด

3. P&P basic services (239.74 บาท/คน)

- 1) จำนวน 203.57 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ โดย
 - 1.1) คำนวณอัตราเหมาจ่าย
 - 65% เหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดย Diff. by age group
 - 35% เหมาจ่ายตาม workload เดือนเม.ย.62-มี.ค.63
- 2) จำนวนที่เหลือ 36.17 บาทต่อคน จ่ายแบบ Fee schedule (รายการบริการเดิมต่อเนื่องจากปี 63 รวมตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุและตรวจ PKU)
- 3) เพิ่มให้ เขต กทม. ปรับจ่ายได้ตามหลักการ VBHC ภายใต้ความเห็นชอบของ อปสข.

4.จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (9 บาท/คน)

- 1) บริหารแบบ Global budget ระดับเขต
- 2) แนวทางบริหารเป็นไปตามงบรายการเบิกจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

5. P&P ในชุมชน (45 บาท/คน)

- 1) จัดสรรให้กองทุนฯ ท้องถิ่น ที่มีความพร้อมตามจำนวนประชากรไทย และตามประกาศการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
- 2) หากมีเงินเหลือให้ สปสข. จัดสรรเป็นค่าบริการ P&P basic services ในภาพรวมประเทศให้เขต 1-12
- 3) เพิ่มมาตรการ ไม่สมทบเงินในเขต กทม. หากมีเงินเหลือเกิน 2 เท่า

* ตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 22 มิถุนายน 2563

* ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2563 วันที่ 8 กรกฎาคม 2563

อัตราจ่ายรายการ PPB จ่ายแบบ Fee Schedule ปี 2564 *

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
1. ค่าบริการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี	
- ค่าตรวจ Hb typing	270
- ค่าตรวจ Alpha - thal 1	800*
- ค่าตรวจ Beta - thal	1,200
- ค่า PND	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
2. ค่าบริการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ ทุกกลุ่มอายุ *	
- ค่าตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test	1,200
- ค่าบริการเจาะเลือดและค่าขนส่ง	200
- ค่า PND	2,500
- ค่าบริการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ด้วยวิธี Karyotyping	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
3. ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรียในเด็กแรกเกิด	
- ค่าตรวจคัดกรอง TSH+PKU *	135 *
4. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ใน หญิง < 20 ปี	
ใส่ห่วง	800
ยาฝัง	2,500
5. ค่าบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	ทุกวิธี 3,000

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
6. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ใน หญิง >= 20 ปีขึ้นไป (กรณีแท้ง Unplanned pregnancy)	
ใส่ห่วง	800
ยาฝัง	2,500
7. ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
- Pap smear/VIA	250
- HPV DNA test	420
- Liquid Based Cytology	250
- การทำ Colposcopy รวมค่าทำ biopsy / ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา	900
8. ค่าบริการ ANC	
- ANC ครั้งแรก	1,000
- Ultrasound	400
- ANC ครั้งที่ 2-5	400
- บริการทันตกรรมป้องกัน	500
9. ทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน	
- เคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (4-12 ปี)	100
- เคลือบหลุมร่องฟัน ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)	250

* ตามมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 22 มิถุนายน 2563 และ

* ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2563 วันที่ 8 กรกฎาคม 2563

1.1 บริการฝากครรภ์ (Antenatal Care) และ อัลตราซาวด์

1. วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ
2. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
3. หน่วยบริการ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วม ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของ หน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย
4. การบันทึกข้อมูล	<u>หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ.</u> ส่งข้อมูลตามแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม Person, แฟ้ม PROCEDURE_OPD* , แฟ้ม Prenatal และแฟ้ม ANC <u>หน่วยบริการนอกสังกัด สป.สธ. และเอกชน</u> ส่งข้อมูลตามระบบ e-Claim*
4.1 รหัส ICD 10	1. กรณี ครรภ์ปกติ ใช้รหัส ICD 10 คือ Z34.0 Z34.8 และ Z34.9 2. กรณี ครรภ์เสี่ยง ใช้รหัส ICD 10 คือ Z35.0 – Z35.9
4.2 รหัส ICD 9	* กรณี ตรวจอัลตราซาวด์ ICD9 88.78 (ปี 64 เหลือรหัสเดียว)

1.1 บริการฝากครรภ์ (Antenatal Care) และ อัลตราซาวด์ (ต่อ)

การจ่ายชดเชย

รายการ

อัตราชดเชย / หนึ่งการตั้งครรภ์

ANC ครั้งแรก

1,000 บาท

ANC ครั้งที่ 2-5 ครั้งละ

400 บาท

ตรวจ Ultrasound

400 บาท

หมายเหตุ กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นครรภ์เสี่ยงสูง มีความจำเป็นต้องให้การดูแลพิเศษ และประเมินเพิ่มเติมหรือตรวจติดตามพิเศษมากกว่ากิจกรรมการฝากครรภ์พื้นฐาน บริการส่วนนี้ที่มากกว่านั้น ให้ถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล (Care)

- สำหรับหญิงตั้งครรภ์สิทธิ UC ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เหมาะจ่ายอยู่ในค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี
- สำหรับสิทธิอื่น เบิกจ่ายตามสิทธิการรักษานั้น ๆ

1.2 การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์

เงื่อนไขการจ่าย

1. หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกสิทธิ
2. เข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โดยเริ่มบริการตั้งแต่ 1 ตค.63 เป็นต้นไป
3. บริการกรณีดังนี้
 - 3.1 บริการตรวจสุขภาพช่องปาก (รหัสหัตถการ 2330011, 2330013 รหัสใดรหัสหนึ่ง)
 - 3.2 ขัดทำความสะอาดฟัน (Oral prophylaxis)
(รหัสหัตถการ 2387010, 2277310, 2277320, 2287310, 2287320 รหัสใดรหัสหนึ่ง/หรือหลายรหัส)

อัตราการจ่าย : เหม่าจ่ายในอัตรา 500 บาท ต่อ 1 การตั้งครรภ์

โปรแกรม :

โรงพยาบาลทุกแห่ง(CUP) ส่งผ่านโปรแกรม e-Claim

กรณี รพ.สต. ศสช. สสช. ส่งข้อมูลการให้บริการให้หน่วยบริการประจำคู่สัญญา(CUP) เป็นผู้บันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิก

1.3 การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

1. วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และสามี ที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรง เข้าถึงบริการตรวจยืนยันและได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด 2) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลวินิจฉัยก่อนคลอดผิดปกติเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์
2. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และสามีคนไทย ทุกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
3. หน่วยบริการ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการตรวจยืนยันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์
4. การบันทึกข้อมูล	National Perinatal Registry Portal: NPRP http://nprp.nhso.go.th

1.3 การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

อัตรา Cheney	
รายการ	อัตรา Cheney
ค่าตรวจ Hb typing	270 บาท
ค่าตรวจ Alpha - thal 1	800 บาท*
ค่าตรวจ Beta - thalassemia	1,200 บาท
ค่า PND • การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling, CVS) หรือ • การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ • การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)	2,500 บาท
ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000 บาท

หมายเหตุ *ปรับเพิ่มจากปี 2563 (500 บาท)

1.4 บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ 2. เพื่อลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์
2. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์คนไทย ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ
3. หน่วยบริการ ศักยภาพหน่วยบริการ	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
4. การบันทึกข้อมูล	National Perinatal Registry Portal: NPRP http://nprp.nhso.go.th

1.4 บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ (ต่อ)

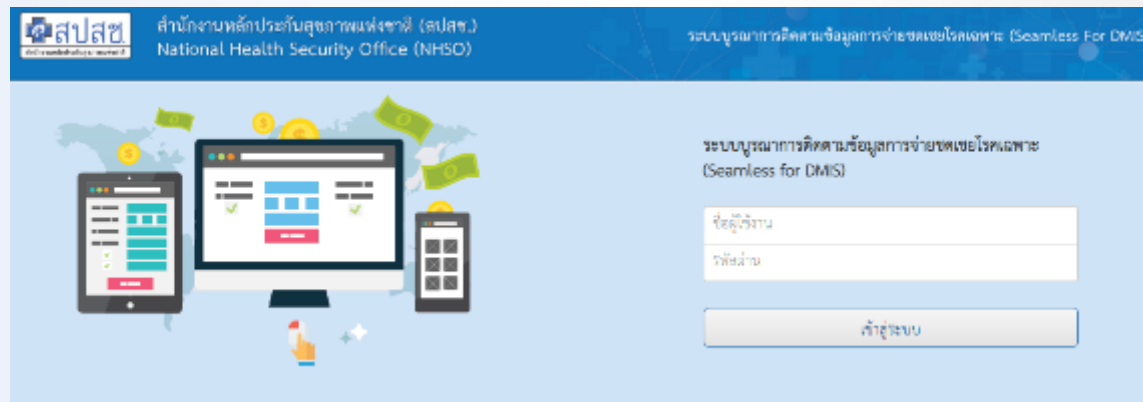
ลำดับ	รายการ	อัตรา
1.	หน่วยบริการที่ทำหน้าที่จัดเก็บเลือด	
	ค่าจัดเก็บ/เจาะเลือด และ counselling	รายละเอียด 100 บาท
2.	หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ตรวจกรอง วิธี Quadruple test	
	ค่าตรวจกรอง วิธี Quadruple test	รายละเอียด 1,200 บาท
	ค่าขนส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รายละเอียด 100 บาท
3.	หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	
	ค่าผลการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธี Amniocentesis, cordocentesis	รายละเอียด 2,500 บาท
4.	หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ตรวจการตรวจโครโมโซม	
	ค่าตรวจโครโมโซม (Karyotyping หรือ BOBs)	รายละเอียด 2,500 บาท
5.	หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ยุติการตั้งครรภ์	
	ค่ายุติการตั้งครรภ์	รายละเอียด 3,000 บาท

1.4 บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ (ต่อ)

รายชื่อหน่วยบริการที่รับตรวจ Quadruple test	
ลำดับ	หน่วยรับตรวจ Quadruple test
1	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์
4	รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	รพ.ขอนแก่น
6	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
7	รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รายงานการจ่ายชดเชย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

<http://seamlessfordmis.nhso.go.th>



สสส สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
National Health Security Office (NHSO)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS)

ชื่อผู้ใช้งาน
รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ



ระบบบริการฝากครรภ์



ระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด
(โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย)



ระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด
(กลุ่มอาการดาวน์)

ยกเว้นทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในระบบรายงาน e-claim

บริการคัดกรองโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในทารกแรกเกิด

บริการร่วมกับ บริการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กแรกเกิดไทยทุกรายเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิดไทยทุกสิทธิ
หน่วยบริการ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจคัดกรอง 3 แห่ง ได้แก่ 1) สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2) ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 3) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อัตราการจ่าย	135 บาท (ราคารวม สำหรับการตรวจคัดกรอง TSH + PKU) *
โปรแกรมบันทึกการขอรับค่าใช้จ่าย	Thyroid-Stimulating Hormone. (http://tsh.nhso.go.th/)

* การตรวจคัดกรอง TSH เดิมอัตราจ่าย 125 บาท

รายงานการจ่ายชดเชย กลุ่มเด็กแรกเกิด

<http://seamlessfordmis.nhso.go.th>

สสส สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
National Health Security Office (NHSO)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ
(Seamless for DMIS)

ชื่อผู้ใช้งาน
รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ



ระบบติดตามผลการให้ยาไทรอยด์สำหรับ
เด็กแรกเกิด

3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 4 – 12 ปี)

บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กวัยเรียน

1. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กวัยเรียน อายุ 4-12 ปี คนไทย ทุกสิทธิ
2. หน่วยบริการ ศักยภาพหน่วย บริการ	- หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย - บริการเคลื่อนบลู่อไรด์เฉพาะที่ สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี ให้บริการในโรงเรียน*และหรือสถานบริการ - บริการเคลื่อนบลู่มร่องฟัน เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 (ตำแหน่งซี่ที่ 6, 7) สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี ให้บริการให้บริการในโรงเรียน*และหรือสถานบริการโดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาล** กรณีหน่วยบริการภาคเอกชนต้องให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น
	* Mobile หมายถึง รถทันตกรรมเคลื่อนที่ที่มีมาตรฐานและมีศักยภาพในการควบคุมเชื้อเทียบเท่ากับ dental master unit หรือเป็นเก้าอี้สนามที่มีอุปกรณ์ให้บริการเช่นมี high power suction และมีผู้ช่วยเป็นทันตกรรมสี่หัตถ์ตามมาตรฐานในคู่มือของสำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย ** กรณีให้บริการโดยทันตภิบาลรวมถึงนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) ที่ รพ.สต./ศสช./สสช.ต้องมีการระบุชื่อทันตแพทย์ผู้กำกับดูแล (มีหลักฐานคือใบมอบหมายงานจากทันตแพทย์ผู้ดูแล)

3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 4 – 12 ปี)

บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กวัยเรียน (ต่อ)

3. การบันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง(CUP) ส่งผ่านโปรแกรม e-Claim กรณี รพ.สต. ศสช. สสช. ส่งข้อมูลตามแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม PERSON, แฟ้ม SERVICE แฟ้ม <u>PROCEDURE_OPD</u>
	เงื่อนไขฟลูออไรด์เฉพาะที่ (4-12 ปี) >>> อัตราจ่าย 100 บาทต่อคน/ปี - มีรหัสหัตถการ (procedure code) ได้แก่ 2377020, 2377021
	เงื่อนไขเคลือบหลุมร่องฟัน (6-12 ปี) >>> อัตราจ่าย 250 บาทต่อซี่ ไม่เกิน 4 ซี่/คน/ปี - มีรหัสหัตถการ (procedure code) ได้แก่ #16=238703A, #17=238703B, #26=238703C, #27=238703D, #36=238703E, #37=238703F #46=238703G, #47=238703H (เคลือบหลุมร่องฟันซี่อื่นๆบันทึกเป็น 2387030)
4. แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขและป้องกันความเสี่ยง	1. หน่วยบริการบันทึกและแก้ไขผลประเมินตนเองและปรับปรุงข้อมูลบุคลากร (CPP) ตามรอบของสำนักทะเบียน สปสช. 2. หน่วยบริการจัดทำแผนการดำเนินงานบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ 2564 เป็นรายโรงเรียน รวบรวมเป็นราย CUP (สสจ. ส่ง สปสช.เขต ภายใน 20 พฤศจิกายน 2563 พร้อมไฟล์ Excel)
	*** ในปีงบประมาณ 2564 <u>ไม่สามารถเบิกซ้ำคนเดิมที่เคยเบิกไปแล้วในปี 2563 ทุกกรณี</u> แม้ว่าจะทำยังไม่ครบ 4 ซี่ กรณีที่จำเป็นต้องซ่อม หรือเคลือบหลุมร่องฟันในรายเดิม ยังทำได้ โดยใช้บ PPB ที่เหมาจ่ายให้หน่วยบริการแล้ว

FileHomeInsertPage LayoutFormulasDataReviewViewHelpLoad TestPower PivotTeam

Paste

Clipboard

Font

Alignment

Number

Styles

Cells

Editing

Ideas

F13

X✓fx

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
แผนการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กวัยเรียน (อายุ 4-12 ปี) ปีงบประมาณ 2564									
ชื่อหน่วยบริการ(รพ./รพ.สต./ศสช./สสช./คลินิก ฯลฯ)									
รหัสหน่วยบริการ			จังหวัด						
ชื่อหน่วยบริการแม่ข่าย									
ลำดับ	ชื่อโรงเรียน	ประชากรเป้าหมาย(คน)		แผนการให้บริการ			ระบุชื่อทันตบุคลากรให้บริการ		รูปแบบการให้บริการ (Dental Unit / Mobile)
		เด็กอายุ 4-12 ปี (คน)	เด็กอายุ 6-12 ปี (คน)	ช่วงเวลาให้บริการ (ระบุ วัน เดือน ปี)	เคลือบฟลูออไรด์ ในเด็กอายุ 4-12 ปี (คน)	เคลือบหลุมร่องฟันกรามถาวร (ซี่ 6, 7) ในเด็กอายุ 6-12 ปี (คน)	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	
1	โรงเรียน ก.	1,111	500	20-Oct-63			1. ทพ. A 2. ทพ. B	1. นาง/นางสาว ก. 2. นาง/นางสาว ข.	
				21-Oct-63					
				22-Oct-63					
				23-Oct-63					
2	โรงเรียน ข.	2,222	600						
3	โรงเรียน ค.	3,333	700						
4	โรงเรียน ง.	4,444	800						

รพ.สต. นายาง

รพ.สต. ควน

ประมาณการเวลาในการบริการทันตกรรมป้องกันต่อ ทันตบุคลากร 1 คน

รายการ	หน่วย	เวลาเฉลี่ย (นาที)	บริการใน 1 วัน (คน)
เคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก (Fluoride)	ครึ่ง	15	24
เคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)	ซี่	15	24

1 วัน ให้บริการ 6 ชม.(6 ชม.X 4 คน = 24 คน)

ที่มา : อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562

รายงานการประมวลผลก่อนการจ่ายชดเชย หันตกรรม

<http://op.nhso.go.th/op>

ตรวจสอบการส่งข้อมูล

- รายงานการตรวจสอบเบื้องต้น
- รายงานการตรวจสอบเบื้องต้นงานหันตกรรม (ตามวันที่ส่งข้อมูล)



**รายงานผลการตรวจสอบ
เบื้องต้นก่อนจ่าย
เรื่อง หันตกรรม
ของ รพ.สต.**

รายงานบริการแพทย์แผนไทย

- รายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้นก่อนการเบิกจ่าย (เรื่อง นวด อบ ประคบ และการดูแลมารดาหลังคลอด)
- รายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้นก่อนการเบิกจ่าย (เรื่อง ยาสมุนไพร)

ตารางอ้างอิงบริการแพทย์แผนไทย

- ตารางอ้างอิงบริการแพทย์แผนไทย

รายงานผลการส่งข้อมูลการจ่าย
<http://eclaim.nhso.go.th>

รายงานการประมวลผลการจ่ายชดเชย

<http://eclaim.nhso.go.th>

กรณีผลงานทันตกรรมป้องกัน

- เด็ก 4 – 12 ปี
- ทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์

ลงทะเบียนข้อมูล
Lookup

ระบบรายงาน UC
UC Statement

ข้อมูลผลการตรวจสอบ
REP

จัดการเว็บไซต์
Manage Site

จัดการ
Setup

กรณี ข้อมูลของโรงพยาบาล

statement uc

statement other

statement op43

statement hpv

ข้อมูล รพ.สต.

ลำดับ	DX.	Proc.	หน่วยบริการ					
			Htype	Prov	Hcode	Htype_OP43	Prov_OP43	Hcode
71	Z298	2377021,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03554
73	Z298	2377021,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03554
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559

ประเภท : พึงจ่าย

เขต : เขต 10 อุบลราชธานี

จังหวัด : 3400 : อุบลราชธานี

หน่วยบริการ : 10945 : รพ.โขงเจียม

ปีงบประมาณ : 2563

งวดงาน : 6304

รหัสหน่วยบริการ : 10945

Search

Refresh

ลำดับ

ปีงบประมาณ

STMT_PERIOD

วันที่ออก Statement

ดาวน์โหลด

1	2563	6304	12/05/2563	Excel
---	------	------	------------	-------

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. เพื่อตรวจพบและรักษาผู้ที่เป็น early pre cancer ของ CA cervix ในระยะเริ่มแรก
2. กลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงไทย อายุ 30 – < 60 ปี ทุกสิทธิ 2. หญิงไทย อายุต่ำกว่า 30 ปี กรณีที่มีความเสี่ยงสูง โดยรับบริการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี
3. รายการบริการ	1. ตรวจคัดกรองด้วยวิธี pap smear หรือ VIA ตรวจยืนยันด้วย Colposcopy รวม Biopsy หรือ LEEP ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา (เขต 11 ยกเว้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี) 2. ตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV DNA testing ตรวจยืนยันด้วยวิธี Liquid based cytology และ Colposcopy รวม Biopsy หรือ LEEP ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา (นำร่อง เฉพาะจังหวัดสุราษฎร์ธานีทั้งจังหวัด)

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

การจ่ายชดเชย

รายการ

อัตราจ่าย

1. ตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear /VIA

250 บาท

2. ตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV DNA Test

2.1 ค่าบริการคัดกรอง (เก็บตัวอย่าง)

50 บาท

2.2 ค่าบริการตรวจ HPV DNA Testing

370 บาท

2.3 ตรวจยืนยัน ด้วยวิธี Liquid based cytology

250 บาท

3. ตรวจยืนยันด้วย Colposcopy รวม Biopsy หรือ LEEP และการตรวจพยาธิวิทยา กรณีที่ผลการตรวจผิดปกติ

900 บาท

โปรแกรมที่ใช้ขอรับการชดเชย

1. กรณี Pap smear/VIA

1.) 43 แพ้ม (สังกัด สป.สร.)

2.) e – claim (รพ.เทศบาลนคร, อบจ.ภูเก็ต, ค่ายเทพสตรีฯ)

2. กรณี HPV DNA Test

e – claim (รพ.มะเร็ง , รพ.สมุย)

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวทางการดำเนินงาน ด้วยวิธี **HPV DNA test** ปีงบประมาณ 2564

- ขยายพื้นที่ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี **HPV DNA test** ทดแทน Pap Smear หรือ VIA ครอบคลุมทั้งจังหวัด เพิ่มขึ้นจำนวน 56 จังหวัด
- โดยกรมการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะเป็น **หน่วยรับตรวจ** สำหรับหน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้
 1. **กรมการแพทย์** รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 1,2,4,5,6,8,10,**11** จำนวน 36 จังหวัด
 2. **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 3,7,9,12 จำนวน 20 จังหวัด

การบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย กรณี วิธี **HPV DNA test**

1. หน่วยบริการที่เป็น center lab ให้บันทึกข้อมูลการตรวจผ่านโปรแกรม HPV screening program ของสถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ ซึ่งจะมีการนำมาเชื่อมกับโปรแกรม e clam ของ สปสช.
2. สปสช.จะจ่ายค่าชดเชยบริการโดยตรงให้แก่หน่วยบริการที่ทำการเก็บตัวอย่าง จากข้อมูลของหน่วย **Center Lab** (โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี รพ.เกาะสมุย) **ทั้งนี้หากเป็น รพสต. จะจ่ายผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย(CUP)**

รายงานการถ่ายทอดเชิง คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

<http://seamlessfordmis.nhso.go.th>

สสส สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
National Health Security Office (NHSO)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ
(Seamless for DMIS)

ชื่อผู้ใช้งาน
รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ



ระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูก

4.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

4.2.1

บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด)

➤ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

➤ ในหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

4.2.2

บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

กลุ่มเป้าหมาย : หญิงไทย ทุกสิทธิ

รายการบริการ :

4.2.1 บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ด้วย**ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด** อย่างใดอย่างหนึ่ง **ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน**

1) กลุ่มอายุ < 20 ปี (19 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่ต้องการคุมกำเนิด หรืออยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง

2) กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์ (**กรณีนอกกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด งบประมาณเหมาจ่ายอยู่ใน PPB**)

4.2.2 บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทุกอายุ ด้วยยา **Medabon®** หรือบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีศัลยกรรม เช่น การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: **MVA**), การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: **EVA**) อย่างใดอย่างหนึ่ง **ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน**
ไม่รวมถึงกรณี ดังต่อไปนี้

- กลุ่มอาการดาวน์และธาลัสซีเมีย ให้เบิกจ่ายผ่านระบบ National Perinatal Registry Portal (NPRP)
- การรักษาภาวะ Blighted ovum, Molar pregnancy, Dead fetus in utero และผู้ป่วยที่มารักษาในกรณี incomplete abortion ให้เบิกจ่ายชดเชยตามระบบปกติ

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

อัตราชดเชยค่าบริการ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีดังนี้

1. ค่าบริการห่วงอนามัย **เหมาจ่าย 800** บาทต่อราย และฝังยาคุมกำเนิด **เหมาจ่าย 2,500** บาทต่อราย (รวมค่าบริการรักษาผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคุมกำเนิดทั้งถาวร หรือการเอาอุปกรณ์คุมกำเนิดทั้งถาวรออกจากร่างกาย กรณีไปรับบริการที่หน่วยบริการตามสิทธิค่าบริการดังกล่าวได้อยู่ในค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวที่หน่วยบริการได้รับไปแล้ว)
2. ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ **เหมาจ่าย 3,000** บาทต่อราย (ทุกวิธี : Medabon®/ MVA/EVA)
3. ยา Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack (Medabon®) สปสช.จัดซื้อรวมในงบ NPP หน่วยบริการบันทึกการเบิกยาผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (เงื่อนไขการจ่ายยาให้เป็นไปตามที่สำนักยาฯ สปสช.กำหนด)

หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย (รูปแบบการจ่ายแบบ fee schedule)

1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. กรณีที่จะให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยากับกรมอนามัย

หน่วยบริการสามารถให้บริการ ทุกสิทธิการรักษา โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ และต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมถึงแม้ผู้รับบริการไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการหรือเครือข่ายนั้น

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์



4.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การบันทึกข้อมูล : ผ่านโปรแกรม e - claim

บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
- ใส่ห่วงอนามัย	FP001	Z301	697	800
- ผ่าเยาคุมกำเนิด	FP002	Z308	9923	2,500

บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
รายการบริการยุติการตั้งครรภ์				ชดเชยเป็นยาในระบบ จ.2
- ด้วยยา Medabon® (รพ.ต้องขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย)	AB001	O04.0-O04.9	-	3000
- การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (MVA)	AB002	O04.0-O04.9	69.51	3,000
- การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(EVA)	AB003	O04.0-O04.9	69.51	3,000

4. กลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์

4.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

แนวทางการจ่ายยา (Medabon®)



รายการ	ขอบเขตบริการ และเงื่อนไขการจ่ายยา
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิการรักษา ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับของแพทยสภา
บริการยุติการตั้งครรภ์	บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack (Medabon®)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย
เงื่อนไขการจ่าย	หน่วยบริการสามารถเบิกเป็นยาได้ตามจริง
การบริหารการจ่าย	การขอผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ.2 (http://drug.nhso.go.th/drugserver/) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการเบิก	โปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver/) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานการประมวลผลการจ่ายชดเชย

<http://eclaim.nhso.go.th>

ลงทะเบียนข้อมูล
Lookup

ระบบรายงาน UC
UC Statement

ข้อมูลผลการตรวจสอบ
REP

จัดการเว็บไซต์
Manage Site

จัดการระบบงาน
Setun

กรณี ข้อมูลของโรงพยาบาล

statement uc

statement other

statement op43

statement hpv

คัด C รหัส 474 ขอสอบ

เบิกอุปกรณ์ข้อเท้าเทียม

สิทธิย่อย	DX.	Proc.	หน่วยบริการ					
			Htype	Prov	Hcode	Htype_OP43	Prov_OP43	Hcode
71	Z298	2377021,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03554
73	Z298	2377021,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03554
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020	0010	3400	10945	0010	3400	03559
71	Z298	2377020,238703	0010	3400	10945	0010	3400	03559

- ผลงานบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร
- การยุติการตั้งครรภ์

ลำดับ	ปีงบประมาณ	STMT_PERIOD	วันที่ออก Statement	ดาวน์โหลด
1	2563	6304	12/05/2563	Excel



<https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/>

รายงานสำหรับผู้บริหาร 3

สืบค้นตาม เขตพื้นที่ จังหวัด และหน่วยบริการ

เขตพื้นที่ : -- ทั้งหมด -- ▾

จังหวัด : -- ทั้งหมด -- ▾

หน่วยบริการ : -- ทั้งหมด -- ▾

แสดงรายงานสรุปยอดเงินงบประมาณสุทธิรายกองทุน

สืบค้นตามรหัสหน่วยบริการ

*รหัสหน่วยบริการ :

แสดงรายงานสรุปยอดเงินงบประมาณสุทธิรายกองทุน

รายงานการโอนเงินงบกองทุน 1

สืบค้นตาม เขตพื้นที่ จังหวัด และหน่วยบริการ

*เขตพื้นที่ : เขต 11 สุราษฎร์ธานี ▾

*จังหวัด : นครศรีธรรมราช ▾

*หน่วยบริการ : 10680 - โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ▾

แสดงรายงานการโอนเงิน

เลือกหน่วยงาน

สืบค้นตามรหัสหน่วยบริการ

*รหัสหน่วยบริการ : 10680

แสดงรายงานการโอนเงิน

รายงานสรุปภาพรวมการโอนเงินและยอดคงค้าง 2

สืบค้นตาม เขตพื้นที่ จังหวัด และหน่วยบริการ

เขตพื้นที่ : -- ทั้งหมด -- ▾

จังหวัด : -- ทั้งหมด -- ▾

หน่วยบริการ : -- ทั้งหมด -- ▾

แสดงรายงานสรุปยอดเงินโอนและยอดคงค้าง

สืบค้นตามรหัสหน่วยบริการ

*รหัสหน่วยบริการ :



สรุปอัตราจ่ายรายการ PPB จ่ายแบบ Fee Schedule ปี 2564 *

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
1. ค่าบริการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี	
- ค่าตรวจ Hb typing	270
- ค่าตรวจ Alpha - thal 1	800*
- ค่าตรวจ Beta - thal	1,200
- ค่า PND	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
2. ค่าบริการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์ ทุกกลุ่มอายุ *	
- ค่าตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test	1,200
- ค่าบริการเจาะเลือดและค่าขนส่ง	200
- ค่า PND	2,500
- ค่าบริการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ด้วยวิธี Karyotyping	2,500
- ค่ายุติการตั้งครรภ์	3,000
3. ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และโรคฟีนิลคีโตนูเรียในเด็กแรกเกิด	
- ค่าตรวจคัดกรอง TSH+PKU *	135 *
4. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ใน หญิง < 20 ปี	
ใส่ห่วง	800
ยาฝัง	2,500
5. ค่าบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	ทุกวิธี 3,000

รายการบริการ	อัตราจ่าย (บาท/ครั้ง)
6. ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ใน หญิง >= 20 ปีขึ้นไป (กรณีแท้ง Unplanned pregnancy)	
ใส่ห่วง	800
ยาฝัง	2,500
7. ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
- Pap smear/VIA	250
- HPV DNA test	420
- Liquid Based Cytology	250
- การทำ Colposcopy รวมค่าทำ biopsy / ค่าอ่านผลพยาธิวิทยา	900
8. ค่าบริการ ANC	
- ANC ครั้งแรก	1,000
- Ultrasound	400
- ANC ครั้งที่ 2-5	400
- บริการทันตกรรมป้องกัน	500
9. ทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน	
- เคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (4-12 ปี)	100
- เคลือบหลุมร่องฟัน ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)	250

* ตามมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 22 มิถุนายน 2563 และ

* ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2563 วันที่ 8 กรกฎาคม 2563



ขอขอบคุณครับ!