



ที่ มท ๐๘๐๓.๓/ว ๒๗๘๕

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

ตามที่กรมบัญชีกลางได้ประกาศกำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่าย ค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๓.๓/ว ๒๓๖๖ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ และด่านที่สุต ที่ มท ๐๘๐๓.๓/ว ๑๐๖ ลงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๑ นั้น

กรมบัญชีกลางกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการฯ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้อัตราค่าบริการฯ มีความเหมาะสม ครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ลดภาระการทอดรองจ่ายเงินของผู้มีสิทธิ รวมทั้งเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง ดังนี้

๑. ปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกอัตราค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๙๓ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ บางรายการ พร้อมทั้งประกาศอัตราค่าบริการฯ เพิ่มเติม

๑.๑ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต กำหนดเพิ่มข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่าย รายการลำดับที่ ๖.๘.๓ รหัส ๒๓๕๐๔ plasma Exchange (Apheresis)

๑.๒ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

๒. กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งมีใช้การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด แล้วแต่กรณี (ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับกรมบัญชีกลางผ่านหน่วยงานใด) รายละเอียดตามสำเนาหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๗๒ ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ ที่แนบมาพร้อมนี้ และสามารถเปิดดูได้ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น www.dla.go.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป



กองคลัง กลุ่มงานบัญชี

โทร. ๐ ๒๒๔๓ ๒๒๒๕

โทรสาร ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๒๔

ผู้ประสานงาน นางวาสนา โหมดว่องไว โทร. ๐๙ ๒๙๗๑ ๐๔๔๓

๒๒
๒๒



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 เลขรับ..... 43388
 วันที่ 31 ต.ค. 2561
 เวลา กรมบัญชีกลาง
 ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๓๒

๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เพิ่มเติม

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองคลัง
 เลขรับ..... 7148
 วันที่ 31 ต.ค. 2561
 เวลา 15.46 น.

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๔๓ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐
 ๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๔๔๕ ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกรายการอัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
 ๒. อัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (เพิ่มเติม)

วันที่ 31 ต.ค. 2561
 เวลา ๒.๐2
 เลขที่ลงรับ 719

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กรมบัญชีกลางได้ประกาศกำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ให้ส่วนราชการทราบและถือปฏิบัติโดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้อัตราค่าบริการฯ มีความเหมาะสม ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล และลดภาระการทอดวงจ่ายเงินของผู้มีสิทธิรวมทั้งเพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง จึงเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการฯ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติ ให้ส่วนราชการและสถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกอัตราค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ บางรายการ พร้อมทั้งประกาศอัตราค่าบริการฯ เพิ่มเติม ดังนี้

๑.๑ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต กำหนดเพิ่มข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายรายการลำดับที่ ๖.๘.๓ รหัส ๒๓๕๐๔ Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis) ดังนี้

- ๑.๑.๑ Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)
- ๑.๑.๒ SLE ที่มีอาการรุนแรงมากและรักษาด้วยยากดภูมิขนาดสูงแล้วไม่ได้ผล
- ๑.๑.๓ ANCA-associated rapidly progressive glomerulonephritis กรณี Dialysis dependence หรือ Diffuse alveolar hemorrhage
- ๑.๑.๔ Anti-glomerular basement membrane กรณี Diffuse alveolar hemorrhage หรือ Dialysis independence
- ๑.๑.๕ Focal segmental glomerulosclerosis กรณี Recurrent in transplanted kidney

๑.๑.๖ ...

๑.๑.๖ Renal transplantation, ABO compatible กรณี Antibody mediated rejection หรือ Desensitization, living donor

๑.๑.๗ Renal transplantation, ABO incompatible กรณี Antibody mediated rejection หรือ Desensitization, living donor

๑.๒ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

๑.๒.๑ ยกเลิกรายการลำดับที่ ๑๑.๑.๑๐ รหัส ๓๕๒๐๑ Helicobacter pylori - Urease test (gastric biopsy) ราคา ๕๐ บาท/test และปรับปรุงแก้ไข จำนวน ๒๖ รายการ พร้อมทั้งกำหนดเพิ่ม แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจรายการในหมวดย่อย ๑๕ PANEL SERO/IMMUNO รายละเอียดปรากฏตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๑.๒.๒ กำหนดอัตราค่าบริการฯ เพิ่มเติม จำนวน ๕๖ รายการ รายละเอียดปรากฏตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

๑.๒.๓ รายการในหมวดย่อยที่ ๑๖ CYTOGENETIC/MOLCYTO และหมวดย่อยที่ ๑๗ MOLGEN ซึ่งกำหนดเงื่อนไข "ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์เท่านั้น" เห็นควรเพิ่มคำจำกัดความ และแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

(๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หมายถึง

(๑.๑) แพทย์ผู้ได้รับวุฒิปริญญาสาขาเวชพันธุศาสตร์

(๑.๒) แพทย์ผู้ได้รับปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตทางมนุษยพันธุศาสตร์

(๒) หากสถานพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์


ให้แพทย์ผู้รักษาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์จากสถานพยาบาลอื่น และให้ระบุในเวชระเบียน ว่าได้รับการปรึกษาจากแพทย์ท่านใด สถานพยาบาลใด และเมื่อใด ก่อนอนุมัติการตรวจ

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

๒. กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งมีใช้การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด แล้วแต่กรณี (ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับกรมบัญชีกลางผ่านหน่วยงานใด)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้ สามารถ Download สิ่งส่งมาด้วย ๑ และ ๒ ได้จาก www.cgd.go.th/ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล/กฎหมายระเบียบและหนังสือเวียน (สวัสดิการรักษายาบาล)

ขอแสดงความนับถือ



นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐-๑

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

www.cgd.go.th

รายละเอียดการปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกรายการ
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

| ลำดับ | รหัสรายการ | รายละเอียดการแก้ไข/ยกเลิกรายการ | |
|---|------------|--|---|
| | | เดิม | ใหม่ |
| 1. HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING | | | |
| 1.11 | 30313 | ชื่อรายการ Hemoglobin typing (Hb typing) (Hemoglobin electrophoresis panel in Blood) | ชื่อรายการ Hemoglobin typing |
| 3. COAGULATION | | | |
| 3.31 | 30228 | ชื่อรายการ Protein S (chromogenic assay) | ชื่อรายการ Protein S free antigen or activity |
| 4. CELL SURFACE MARKER | | | |
| 4.10 | 30504 | ราคา 1,000 บาท | ราคา 2,000 บาท |
| 8. CHEMISTRY | | | |
| 8.1 ELECTROLYTE/CATION | | | |
| 8.1.11 | 32101 | ชื่อรายการ Osmolarity, Serum | ชื่อรายการ Osmolality, Serum |
| 8.1.12 | 34001 | ชื่อรายการ Osmolarity, Urine | ชื่อรายการ Osmolality, Urine |
| 8.2 INORGANIC/ORGANIC | | | |
| 8.2.33 | 32418 | ชื่อรายการ Vitamin D (Calciferol) Vitamin D2 | ชื่อรายการ Vitamin D |
| 8.3 ENZYME/PROTEIN | | | |
| 8.3.37 | 32630 | ชื่อรายการ Thyroglobulin, Serum | ชื่อรายการ Thyroglobulin |
| 8.4 HORMONE | | | |
| 8.4.22 | 33316 | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Neuroendocrine tumor" | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Neuroendocrine tumor, pheochromocytoma and paraganglioma" |
| 8.4.23 | 34108 | 1. ชื่อรายการ Metanephrine, Urine | 1. ชื่อรายการ Metanephrine and normetanephrine, urine |
| | | 2. ไม่มีข้อบ่งชี้ | 2. เพิ่มข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Neuroendocrine tumor, pheochromocytoma and paraganglioma" |
| | | 3. ราคา 1,000 บาท | 3. ราคา 1,500 บาท |
| 8.5 TUMOR MARKER | | | |
| 8.5.1 | 37302 | ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย germ cell tumor หรือ ผู้ป่วยที่มีก้อนที่ตับสงสัยว่าเป็น hepatocellular carcinoma" | ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย germ cell tumor หรือ ผู้ป่วยที่มีก้อนที่ตับสงสัยว่าเป็น hepatocellular carcinoma หรือ ตรวจคัดกรองมะเร็งตับชนิด HCC ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง" |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายละเอียดการแก้ไข/ยกเลิกรายการ | |
|--------------------------|---|--|--|
| | | เดิม | ใหม่ |
| 9. CHALLENGE TEST | | | |
| 9.6 | 32218 | 1. ชื่อรายการ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 5 ครั้ง | 1. ชื่อรายการ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง |
| | | 2. ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานเนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน" | 2. ข้อบ่งชี้ "เพื่อยืนยันการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีภาวะดื้ออินซูลิน" |
| 11. MICROBIOLOGY | | | |
| 11.1 BACTERIA | | | |
| 11.1.10 | 35201 | Helicobacter pylori - Urease test (gastric biopsy) | ยกเลิกรายการ |
| 11.3 VIRUS | | | |
| 11.3.7 | 36601 | ชื่อรายการ Chikungunya Ab (Quantitative) | ชื่อรายการ Chikungunya Ab (Qualitative) |
| 11.3.33 | 36321 | ราคา 2,200 บาท | ราคา 600 บาท |
| 11.3.35 | 36320 | ราคา 1,300 บาท | ราคา 1,800 บาท |
| 11.3.41 | 36450 | ชื่อรายการ HHV-6 (Human Herpesvirus type 6) PCR - Quantitative (Real time PCR) | ชื่อรายการ HHV-6 (Human Herpesvirus type 6) PCR - Qualitative (Real time PCR) |
| 11.3.42 | 36451 | ชื่อรายการ HHV-7 PCR - Quantitative (Real time PCR) | ชื่อรายการ HHV-7 PCR - Qualitative (Real time PCR) |
| 11.3.43 | 36452 | ชื่อรายการ HHV-8 PCR - Quantitative (Real time PCR) | ชื่อรายการ HHV-8 PCR - Qualitative (Real time PCR) |
| 11.3.76 | แก้ไขรหัสรายการจาก 36680 เป็น 36682 เนื่องจากรหัสซ้ำกับรายการลำดับที่ 11.3.77 | | |
| 11.3.82 | แก้ไขรหัสรายการจาก 36540 เป็น 36542 เนื่องจากรหัสซ้ำกับรายการลำดับที่ 11.3.83 | | |
| 11.4 FUNGUS | | | |
| 11.4.2 | 37227 | ชื่อรายการ Cryptococcal Ag, serum/CSF (Qualitative) | ชื่อรายการ Cryptococcal Ag, serum/CSF/ other body fluid (Qualitative) |
| 11.4.4 | 35114 | 1. ชื่อรายการ Fungus: antimicrobial susceptibility test | 1. ชื่อรายการ Fungus: antimicrobial susceptibility test (1 - 3 ชนิด) |
| | | 2. ราคา 600 บาท | ราคา 800 บาท |
| 12. SEROLOGY | | | |
| 12.10 | 37011 | ราคา 110 บาท | ราคา 270 บาท |
| 12.14 | 37211 | ราคา 200 บาท | ราคา 400 บาท |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายละเอียดการแก้ไข/ยกเลิกรายการ | |
|--------------|------------|--|---|
| | | เดิม | ใหม่ |
| 13. IMMUNO | | | |
| 13.6 | 37350 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome" | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome หรือ ใช้วินิจฉัยและติดตามการรักษา Allergic broncho-pulmonary aspergillois และ severe allergy" |
| 13.7 | 37201 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และ ผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion therapy" | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และ ผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion therapy หรือ สำหรับ immunodeficiency disorders" |
| 13.8 | 37206 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia" | ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia หรือ สำหรับ immunodeficiency disorders" |
| 15. ALLELGRY | | <p>แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต ศอ นาสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย | <p>แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต ศอ นาสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย 6. กุมารแพทย์ด้านโภชนาการ |



หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (เพิ่มเติม)

| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|--|------------|--|----------|-------|---|
| 1. HEMATOLOGY/CELL COUNT/SPECIAL STAINING | | | | | |
| 1.1 | 30115 | HIT antibody screening | Test | 1,550 | (1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจเมื่อสงสัย heparin-induced thrombocytopenia มีความไวสูง แต่ไม่จำเพาะ turn around time สั้น ช่วยการตัดสินใจเบื้องต้น" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 1.2 | 30116 | HIT antibody confirm | Test | 1,500 | (1) ข้อบ่งชี้ "ตรวจเมื่อ HIT antibody screening positive มีความจำเพาะสูง ความไวไม่ถึง 100% และ มี turn around time ช้า" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 3. COAGULATION | | | | | |
| 3.1 | 30235 | ADAMTS13 activity | Test | 2,000 | (1) ข้อบ่งชี้ "Thrombotic microangiopathy ไขแยก TTP (low ADAMTS13) ซึ่งต้องทำ plasma exchange กับ HUS และ secondary TMA (ADAMTS13 ไม่ต่ำ) ซึ่ง plasma exchange ไม่ค่อยช่วย" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 3.2 | 30236 | ADAMTS13 antibody | Test | 2,800 | (1) ข้อบ่งชี้ "สงสัย acquired TTP เมื่อมีผล ADAMTS13 ต่ำ ถ้า antibody ให้ผลบวก การให้ยากดภูมิอาจมีประโยชน์" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 3.3 | 30238 | Factor assay - Factor IX Inhibitor (Qualitative) | Test | 110 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อตรวจหาว่ามี inhibitor เกิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วย hemophilia B ที่ได้รับเลือดบ่อยๆ" |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|-------------------------------|------------|---|----------|-------|--|
| 3.4 | 30239 | Factor assay - Factor VIII Inhibitor (<i>Qualitative</i>) | Test | 110 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อตรวจหาว่ามี inhibitor เกิดขึ้นหรือไม่ ในผู้ป่วย hemophilia A ที่ได้รับเลือดบ่อยๆ" |
| 3.5 | 30240 | Factor XIII (Urea solubility) | Test | 110 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัยภาวะ Factor XIII deficiency" |
| 3.6 | 30241 | Von Willebrand factor (Ag, ELISA) | Test | 400 | |
| 4. CELL SURFACE MARKER | | | | | |
| 4.1 | 30511 | Flow cytometry for Hairy cell leukaemia (HCL) | Test | 2,500 | ข้อบ่งชี้ "ใช้ในกรณีติดตามผลการรักษา Hairy cell leukaemia" Minimal panel ประกอบด้วย marker CD10, CD11c, CD19, CD20, CD25, CD45, CD103, Kappa และ Lambda |
| 4.2 | 30512 | Flow cytometry for Lymphoma/Chronic lymphocytic leukaemia (CLL) | Test | 4,000 | Minimal panel ประกอบด้วย marker CD2, CD3, CD5, CD7, CD8, CD10, CD11c, CD16, CD19, CD20, CD23, CD25, CD45, CD56, CD57, CD79b, CD103, FMC7, Kappa และ Lambda |
| 4.3 | 30513 | Flow cytometry for Multiple myeloma (MM) | Test | 3,000 | ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา Multiple myeloma" Minimal panel ประกอบด้วย marker CD10, CD19, CD20, CD38, CD45, CD56, CD117, CD138, IgM, Kappa และ Lambda |
| 4.4 | 30514 | Immunophenotyping NKT Cell | Test | 960 | ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา NK/T cell lymphoma และใช้วัดจำนวน NKT cell กรณีสงสัย immunodeficiency" Minimal panel ประกอบด้วย CD3, CD16, CD45 และ CD56 |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|--------------------------------|------------|--|----------|-------|---|
| 5. HLA - TRANSPLANT | | | | | |
| 5.1 | 30631 | HLA-DRB1 DNA typing (low resolution) | Test | 2,900 | |
| 5.2 | 30632 | HLA-DQB1 DNA typing (low resolution) | Test | 2,300 | |
| 6. HLA - NON TRANSPLANT | | | | | |
| 6.1 | 30633 | HLA-B*5701 allele -Realtime PCR (HLA-B*57:01) | Test | 1,000 | เป็นการตรวจตาม standard guidelines ใช้วางแผนการสั่งยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกตินี้จะมีอาการแพ้ยา abacavir |
| 7. URINALYSIS | | | | | |
| 7.1 | 31013 | Urine Eosinophils | Test | 100 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย interstitial nephritis จากการแพ้ยา" |
| 7.2 | 31014 | Urea nitrogen (Urine/dialysate) | Test | 40 | ข้อบ่งชี้ "ส่งตรวจในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกไต ทางหน้าท้อง CAPD เพื่อประเมินว่า สามารถฟอกของเสียออกได้เพียงพอหรือไม่ เพื่อวางแผนการรักษาต่อ" |
| 8. CHEMISTRY | | | | | |
| 8.3 ENZYME/PROTEIN | | | | | |
| 8.3.1 | 32404 | Cryofibrinogen | Test | 55 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัย cryofibrinogenemia" |
| 8.3.2 | 32405 | Procalcitonin (PCT) | Test | 600 | ใช้วินิจฉัยแยกประเภทของการติดเชื้อ เพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น |
| 8.5 TUMOR MARKER | | | | | |
| 8.5.1 | 37309 | Chromogranin A (CgA) | Test | 1,000 | ข้อบ่งชี้ "ใช้ตรวจเมื่อมีผลการตรวจที่สงสัย neuroendocrine tumors และใช้ติดตาม ภายหลังการรักษา" |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|----------------------------|------------|--|----------|-------|--|
| 10. DRUG/TOXICOLOGY | | | | | |
| 10.1 | 33703 | Amphetamines Panel (GC-MS confirmation) | Test | 1,300 | ใช้เฉพาะกรณีที่สงสัยผลบวกกลาง หรือ ผลลบกลาง จากการตรวจคัดกรอง Amphetamine และ Methamphetamine |
| 10.2 | 33606 | Paraquat (<i>quantitative</i>) | Test | 250 | |
| 11.1 BACTERIA | | | | | |
| 11.1.1 | 36022 | PCR for Bacterial molecular identification | Test | 2,000 | |
| 11.2 MYCOBACTERIA | | | | | |
| 11.2.1 | 36019 | Mycobacteria: direct PCR for IR (INH, RIF) resistant | Test | 1,500 | ใช้ตรวจความไวของเชื้อ Mycobacterium tuberculosis complex ในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถตรวจผลความไวของเชื้อด้วยวิธีดั้งเดิม |
| 11.3 VIRUS | | | | | |
| 11.3.1 | 36301 | Hepatitis A virus - Anti HAV IgG | Test | 400 | ใช้ในการตรวจผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่หากติดเชื้อ อาการจะรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง ตับแข็ง ผู้ที่ต้องรับการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ ผู้ที่ได้ยาเคมีบำบัดหรือได้รับยากดภูมิ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV |
| 11.4 FUNGUS | | | | | |
| 11.4.1 | 37228 | Cryptococcal Ag, serum/CSF/ other body fluid (Quantitative, Titer) | Test | 450 | |
| 11.4.2 | 35115 | Fungus: antimicrobial susceptibility test (4 - 9 ชนิด) | Test | 1,200 | |
| 11.4.3 | 35117 | Gomori-silver stain for fungus | Test | 200 | เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการย้อมเชื้อราทั้งชนิด mold และ yeast |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|--------------|------------|---|----------|-------|--|
| 12. SEROLOGY | | | | | |
| 12.1 | 37021 | Antibody against glutamic Acid Decarboxylase (GAD)/Tyrosine Phosphatase(IA2)[GAD/IA2] | Test | 500 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Latent autoimmune diabetes of adult" |
| 12.2 | 37022 | Anti-CCP, Cyclic Citrullinated Peptide IgG Antibody | Test | 480 | ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัย Rheumatoid arthritis และมีประโยชน์ในการทำนายความรุนแรงของโรคเพื่อวางแผนการรักษา" |
| 12.3 | 37023 | Anti Interferon Gamma Antibody | Test | 800 | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการเสียการทำงานของ interferon gamma ทำให้ติดเชื้อไวรัสโรคง่ายกว่าปกติ" |
| 12.4 | 37024 | Anti thyroid peroxidase (TPO antibody) | Test | 400 | |
| 12.5 | 37025 | Aquaporin 4 (NMO)IgG) | Test | 1,000 | ข้อบ่งชี้ "ใช้ช่วยวินิจฉัยโรค neuromyelitis optica" (เป็นการตรวจ autoantibody ด้วยวิธี Immunofluorescent ต่อ aquaporin-4) |
| 12.6 | 37026 | Autoimmune Encephalitis Assay (IFA) | Test | 3,500 | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัยโรค Autoimmune Encephalitis" (เป็นการตรวจ antibodies ด้วยวิธี Immunofluorescent ต่อ NMDAR, AMPAR, GABAR, LGI1, CASPR2, DPPX) |
| 12.7 | 37027 | GBM Antibody (Glomerular Basement Membrane Antibody) | Test | 750 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Goodpasture Syndrome" |
| 12.8 | 37028 | Microsomal/Ab (Anti-TPO) | Test | 150 | ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อการวินิจฉัย Hashimoto thyroiditis" |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|------------|------------|---|----------|-------|--|
| 12.9 | 37029 | Paraneoplastic Syndromes Assay | Test | 2,500 | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย Paraneoplastic Neurological syndromes Syndromes" (เป็นการตรวจ autoantibodies ด้วยวิธี Immunoblot ต่อ Hu, Yo, Ri, CV2, Ma, amphiphysin, PCA-2, Tr, SOX1, titin, recoverin) |
| 12.10 | 37030 | TSH receptor Antibody (Thyroid Stimulating Hormone receptor Antibody) | Test | 400 | ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย Graves' disease" |
| 13. IMMUNO | | | | | |
| 13.1 | 37108 | Clostridium tetani IgG/ELISA (Antitetanus, IgG) | Test | 300 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อประเมินการตอบสนองต่อวัคซีนบาดทะยักในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการสร้างแอนติบอดีบกพร่อง" |
| 13.2 | 37109 | DHR (Dihydrorhodamine flow cytometric test) | Test | 1,200 | ข้อบ่งชี้ ใช้วินิจฉัย chronic granulomatous disease |
| 13.3 | 37110 | IgG4 | Test | 500 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย immunodeficiency disorders และ IgG4-related diseases" |
| 13.4 | 37111 | IgG subclass (1 - 4) | Test | 2,500 | ข้อบ่งชี้ "เพื่อการวินิจฉัย immunodeficiency disorders" (เป็นการตรวจ 4 subclass ร่วมกัน) |
| 13.5 | 37112 | Lymphocyte proliferation assay | Test | 5,070 | ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องด้านทีเซลล์ (T cell deficiency)" |
| 13.6 | 37113 | Tryptase ELISA | Test | 1,000 | ข้อบ่งชี้ "ใช้วินิจฉัย anaphylaxis, anaphylactoid reactions, hypereosinophilia (absolute eosinophile count \geq 1500 ต่อไมโครลิตร) และ mastocytosis" |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|------------------------------|------------|---|----------|-------|---|
| 14. PANEL SERO/IMMUNO | | | | | |
| 14.1 | 32007 | Free light chain (FLC) Kappa/Lambda ใน serum ด้วยวิธี Nephelometry | Test | 1,500 | ข้อบ่งชี้ "ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรค Multiple myeloma" |
| 15. ALLEL RGY | | | | | |
| 15.1 | 37354 | Specific IgE, component resolved diagnosis (CRD) | Test | 900 | ข้อบ่งชี้ "เป็นการวินิจฉัยจำเพาะต่อการแพ้ อาหารและแมลง สามารถใช้แทน challenge test" |
| 17. MOLGEN | | | | | |
| 17.1 | 30406 | BCR-ABL p210 by RQ-PCR (real-time quantitative polymerase chain reaction) | Test | 4,500 | (1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อติดตามการตรวจรักษา CML" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 17.2 | 30407 | CALR mutation | Test | 2,000 | (1) ข้อบ่งชี้ "MPN ที่สงสัย ET หรือ MF ที่ JAK2 V617F negative" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 17.3 | 30408 | Direct sequencing of BCR-ABL mutation | Test | 8,500 | ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย CML ที่ไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาที่ได้รับ เพื่อทราบชนิดของ mutation และกำหนดตัวยาที่จะใช้ต่อไป" |
| 17.4 | 30409 | Direct Sequencing ของ JAK2 exon 12 mutation | Test | 2,500 | (1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย myeloproliferative neoplasia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 17.5 | 30410 | FLT3-ITD gene for AML (peripheral blood) | Test | 3,200 | ข้อบ่งชี้ "AML risk stratification เพื่อกำหนดแนวทางการรักษา" |
| 17.6 | 30411 | JAK2 V617F mutation | Test | 1,320 | (1) ข้อบ่งชี้ "สำหรับวินิจฉัย myeloproliferative neoplasia" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |



| ลำดับ | รหัสรายการ | รายการ | หน่วยนับ | ราคา | เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ |
|-------|------------|--------------------------------------|----------|-------|---|
| 17.7 | 30412 | MPL mutation | Test | 2,000 | (1) ข้อบ่งชี้ "MPN ที่สงสัย ET หรือ MF ที่ JAK2 V617F negative และ CALR negative" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 17.8 | 30413 | NPM1 gene for AML (peripheral blood) | Test | 2,400 | ข้อบ่งชี้ "AML risk stratification เพื่อกำหนดแนวทางการรักษา" |
| 17.9 | 30414 | PML-RARA fusion gene (Bone Marrow) | Test | 1,100 | (1) ข้อบ่งชี้ "เพื่อวินิจฉัย APL หรือ เพื่อเลือกยาที่ใช้รักษา" (2) ให้ส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา |
| 17.10 | 30415 | T315I mutation of BCR-ABL gene | Test | 2,500 | ข้อบ่งชี้ "ตรวจในผู้ป่วย CML ที่ไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ทราบว่ามี T315I mutation และกำหนดตัวยาที่จะใช้ต่อไป" |

