

## ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเพณีและขอบเขตของบริการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย ประเพณีและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด ซึ่งปัจจุบันมีอยู่หลายฉบับ โดยรวบรวม จัดประเพณีใหม่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความใน (๑๒) ของบทนิยามคำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ในมาตรา ๓ มาตรา ๕ วรรคสอง และวรรคสาม และมาตรา ๑๘ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเพณีและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ประเพณีและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งบุคคลมีสิทธิจะได้รับตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยบริการสามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด ประกอบด้วย ๑๓ รายการ ดังต่อไปนี้

- (๑) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (๒) การตรวจวินิจฉัยโรค
- (๓) การตรวจ และการรับฝากครรภ์
- (๔) การบำบัด และการบริการทางการแพทย์
- (๕) ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (๖) การทำคลอด
- (๗) การกินอยู่ในหน่วยบริการ
- (๘) การบริหารการรณรงค์
- (๙) บริการรพยบาล หรือบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (๑๐) บริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

(๑๑) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ

(๑๒) บริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

(๑๓) บริการสาธารณสุขอื่นที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

ทั้งนี้ บริการตาม (๑) ให้รวมถึงบริการตามบัญชีหมายเลข ๑ บริการตาม (๒) ให้รวมถึงบริการตามบัญชีหมายเลข ๒ บริการตาม (๔) ให้รวมถึงบริการตามบัญชีหมายเลข ๓ บริการตาม (๕) ให้รวมถึงบริการตามบัญชีหมายเลข ๔ และบริการตาม (๑๒) ให้รวมถึงบริการตามบัญชีหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๕ บริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สามารถรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

(๑) การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(๒) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(๓) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(๔) การปลูกถ่ายอวัยวะที่ไม่ปรากฏตามบัญชีหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๕) การบริการทางการแพทย์อื่น ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖ บุคคลผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่กำหนดในประกาศนี้ จะได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ เว้นแต่กรณี ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ณ จุดรับบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการร่วมจ่ายค่าบริการ ยกเว้นบุคคลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

(๒) เป็นการบริการที่เป็นข้อยกเว้น ไม่คุ้มครองตามข้อ ๕

(๓) เป็นการเข้ารับบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องโดยไม่มีการส่งต่อ หรือไม่ใช่กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้ และมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

อนุนทิน ชาญวีรกุล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บัญชีหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕  
ลงวันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๑ ในบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า บริการหรือกิจกรรมที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคล เพื่อสร้างเสริมความตระหนักและขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง

“การป้องกันโรค” หมายความว่า บริการหรือกิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค

ข้อ ๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีขอบเขตดังต่อไปนี้

- (๑) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ และศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้และการสาธิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (๓) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การฉายา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (๔) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีลักษณะเป็นรายโครงการ ดังนี้
  - (ก) การดำเนินการเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมป้องกันโรค เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การฉายา การทำหัตถการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น
  - (ข) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนคำดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
  - (ค) การพัฒนาศักยภาพบุคคลที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการเฝ้าระวังโรค และการป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนหรือการชะลอความรุนแรงของการป่วย โดยให้ถือว่าบริการดังกล่าวเป็นกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล

รายการหรือกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการ จัดแบ่งตามกลุ่มวัย ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กอายุ ๐-๕ ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ ๖-๒๔ ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ ๒๕-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งนี้ การจัดบริการตามรายการบริการหรือกิจกรรมบริการ หน่วยบริการจะดำเนินการตามแนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติ และมาตรฐานบริการที่กำหนดโดยกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขหรือราชวิทยาลัยหรือสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดตามตาราง ๑

รายการบริการ หรือกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ มีรายละเอียดตามตาราง ๒

ตาราง ๑ แนบท้ายบัญชี ๑ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเภทย่อยของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

| ลำดับ | รายการบริการ             | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                            | ความถี่                                                                                                                                                                                                                                                         | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ๑     | บริการฝากครรภ์<br>คุณภาพ | <p>-บริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกหรือตามที่กรมอนามัยแนะนำ</p> <p>-ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (classifying form) เพื่อพิจารณาให้การดูแลตามปกติหรือเป็นกรณีพิเศษ</p> <p>-การฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะได้รับบริการตามองค์ประกอบพื้นฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ๑) การทดสอบการตั้งครรภ์</p> <p>๒) การสอบถามข้อมูล ๓) การตรวจร่างกาย ๔) การประเมินสุข ภาพจิต ๕) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖) การประเมินเพื่อการส่งต่อ ๗) การให้การดูแลรักษา ๘) การให้คำแนะนำ ตอบคำถามและการนัดครั้งต่อไป และ ๙) การบันทึกข้อมูล</p> | <p>-หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ (กรณีสามีหรือคู่เฉพาะการคัดกรองและตรวจยืนยันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย การคัดกรองและตรวจยืนยันโรคซิฟิลิส และการมีส่วนร่วมในการดูแลครรภ์)</p> | <p>-อย่างน้อย ๕ ครั้ง</p> <p>๑) ครั้งที่ ๑ อายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์</p> <p>๒) ครั้งที่ ๒ อายุครรภ์ ๑๓-๒๐ สัปดาห์</p> <p>๓) ครั้งที่ ๓ อายุครรภ์ ๒๐-๒๖ สัปดาห์</p> <p>๔) ครั้งที่ ๔ อายุครรภ์ ๒๖-๓๒ สัปดาห์</p> <p>๕) ครั้งที่ ๕ อายุครรภ์ ๓๒-๔๐ สัปดาห์ขึ้นไป</p> |          |



| ลำดับ | รายการบริการ                   | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กลุ่มเป้าหมาย                          | ความถี่                                                                                                                                                                     | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       | ๑.๑ การทดสอบการตั้งครรภ์       | -ตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -หญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ | -อย่างน้อย ๑ ครั้ง                                                                                                                                                          |          |
|       | ๑.๒ การสอบถามข้อมูล            | -สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วย ประวัติทางสูติกรรม การตั้งครรภ์ปัจจุบัน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -หญิงตั้งครรภ์                         | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ                                                                                                                                                   |          |
|       | ๑.๓ การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ | -ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต<br>-ตรวจร่างกายทั่วไป ดูภาวะซีด อาการบวม และอาการเตือนของโรคอื่น ๆ<br>-ตรวจครรภ์ วัดความสูงยอดมดลูก ประเมินอายุครรภ์<br>-ตรวจสุขภาพช่องปาก ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑<br>-พบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจ ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑<br>-ตรวจภายในเพื่อตรวจหาความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด เมื่อมีข้อบ่งชี้ ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ หรือ ๒<br>-ตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อยืนยันอายุครรภ์ จำนวนทารก สัญญาณชีพ ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ หรือ ๒ | -หญิงตั้งครรภ์                         | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                          | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กลุ่มเป้าหมาย                                             | ความถี่                                                                                                                            | หมายเหตุ |
|-------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       | ๑.๔ การประเมินสุขภาพจิต               | -ประเมินความเครียด คัดกรองโรคซึมเศร้า และปัญหาการดื่มสุรา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -หญิงตั้งครรภ์                                            | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ                                                                                                          |          |
|       | ๑.๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น | <p>-ตรวจปัสสาวะด้วยแถบตรวจ (multiple urine dipstick) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะที่ไม่มีอาการ น้ำตาล และไข่ขาว (โปรตีน)</p> <p>-ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL) ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ และ ๔ (อายุครรภ์ ๒๘-๓๒ สัปดาห์)</p> <p>-ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ด้วย VDRL รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ได้รับการตรวจยืนยันด้วย TPHA</p> <p>-ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) ช่วงฝากครรภ์ ครั้งที่ ๑ และ ๔</p> <p>-ตรวจคัดกรองการเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑</p> <p>-ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ และ ๔</p> | <p>-หญิงตั้งครรภ์</p> <p>-สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</p> | <p>-อย่างน้อย ๕ ครั้ง</p> <p>-๒ ครั้ง</p> <p>-๑ ครั้ง</p> <p>-๒ ครั้ง ตามความสมัครใจ</p> <p>-๑ ครั้ง</p> <p>-อย่างน้อย ๒ ครั้ง</p> |          |

| ลำดับ | รายการบริการ | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                      | ความถี่                                                                                                            | หมายเหตุ |
|-------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       |              | <p>-ตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (MCV/ OF+DCIP) ถ้าผลเป็นบวกทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ให้ส่งเลือดทั้งคู่ตรวจยืนยัน Hb typing/PCR เพื่อกำหนดความเสี่ยงการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์และยุติการตั้งครรภ์ ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ และ ๒ อย่างช้าอายุครรภ์ไม่เกิน ๒๔ สัปดาห์ ทั้งนี้ตามแนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติที่กำหนด</p> <p>-ตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม รายที่ผลเป็นบวกให้ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์และยุติการตั้งครรภ์ตามแนวทางเวชปฏิบัติ ช่วงฝาก ครรภ์ครั้งที่ ๑ และ ๒ อย่างช้าอายุครรภ์ไม่เกิน ๒๔ สัปดาห์ ทั้งนี้ตามแนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติที่กำหนด</p> <p>-ตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh)</p> <p>-ตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> | <p>-หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>-หญิงตั้งครรภ์ ทุกอายุ</p> <p>-หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือ ก่อนทำหัตถการ หรือ มีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์</p> | <p>-๑ ครั้ง/คน</p> <p>-๑ ครั้ง</p> <p>-๑ ครั้ง</p> <p>-ตามแนวทางที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตามความจำเป็น</p> |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                  | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กลุ่มเป้าหมาย  | ความถี่                                                                                                                              | หมายเหตุ                                                                                          |
|-------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | ๑.๖ การให้การดูแลรักษาป้องกัน | <p>-ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (dT) ในรายที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้มาก่อน ฉีดทันทีที่ฝากครรภ์ครั้งแรก โดยมีระยะห่าง ๐, ๑ และ ๖ เดือนตามลำดับ</p> <p>-ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ช่วงอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป</p> <p>-รับยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน กินทุกวัน ตลอดอายุการตั้งครรภ์</p> <p>-ขัดและทำความสะอาดฟัน ช่วงฝากครรภ์ ครั้งที่ ๑ หรือ ๒</p> <p>-การดูแลรักษาหากตรวจพบความผิดปกติ รวมถึงการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ</p> | -หญิงตั้งครรภ์ | <p>-๑ - ๓ ครั้งแล้วแต่กรณี</p> <p>-๑ ครั้ง</p> <p>-กินทุกวันตลอดอายุการตั้งครรภ์</p> <p>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง</p> <p>-ตามความจำเป็น</p> | -กินยาเม็ดที่มีธาตุเหล็ก elemental iron ๖๐ มิลลิกรัม กรดโฟลิก ๕๐๐ ไมโครกรัม ไอโอดีน ๑๕๐ ไมโครกรัม |
|       | ๑.๗ การประเมินเพื่อการส่งต่อ  | -ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้ง โดยพิจารณา ร่วมกับหลักฐานที่พบจากการฝากครรภ์แต่ละครั้ง หากมีความเสี่ยงหรือมีอาการผิดปกติที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการ จะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีขีดความสามารถสูงกว่า                                                                                                                                                                                   | -หญิงตั้งครรภ์ | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ                                                                                                            |                                                                                                   |



| ลำดับ | รายการบริการ                                         | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กลุ่มเป้าหมาย             | ความถี่                                                                                                                                                                                                                   | หมายเหตุ |
|-------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       | ๑.๘ การให้คำแนะนำ<br>ตอบคำถามและการ<br>นัดครั้งต่อไป | -คำแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลครรภ์<br>และการคลอด การเลี้ยงลูก การวางแผน<br>ครอบครัว (เข้าโรงเรียนพ่อแม่)<br><br>-คำปรึกษาก่อน/หลังการตรวจเลือดเอชไอวี<br>โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ดาวน์<br><br>-คำแนะนำสำหรับการติดต่อกรณีมี<br>เลือดออก ปวดท้องหรือภาวะฉุกเฉินหรือ<br>ต้องการคำแนะนำ<br><br>-ซักถามและตอบคำถาม นัดตรวจครั้งต่อไป | -หญิงตั้งครรภ์และ<br>สามี | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br><br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br><br>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br><br>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ                                                                                                     |          |
|       | ๑.๙ การบันทึกข้อมูล                                  | -รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๑ เล่ม<br>และนำสมุดบันทึกมาด้วยทุกครั้งที่ได้รับบริการ<br><br>-ผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึก<br>สุขภาพและเวชระเบียนให้ครบถ้วน                                                                                                                                                              | -หญิงตั้งครรภ์            | -๑ เล่ม<br><br>-ทุกครั้ง                                                                                                                                                                                                  |          |
| ๒     | บริการตรวจหลังคลอด                                   | -บริการตรวจหลังคลอด<br><br><br>-การสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต<br>ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจภายในเฉพาะที่<br>มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก<br><br>-ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังคลอด                                                                                                                                                    | -หญิงหลังคลอด             | -ตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด<br>อย่างน้อย ๓ ครั้ง<br>๑) ครั้งที่ ๑ หลังคลอดไม่เกิน ๗ วัน<br>๒) ครั้งที่ ๒ หลังคลอด ๘-๑๕ วัน<br>๓) ครั้งที่ ๓ หลังคลอด ๑๖-๔๒ วัน<br><br>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ<br><br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง |          |



| ลำดับ | รายการบริการ                            | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                       | กลุ่มเป้าหมาย                                        | ความถี่                                                                                    | หมายเหตุ |
|-------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       |                                         | <p>-คำแนะนำและบริการวางแผนครอบครัวตามความสมัครใจ (ยากิน/ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด การทำหมัน)</p> <p>-คำแนะนำการให้นมแม่และการเลี้ยงลูก</p> <p>-ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีนกินทุกวัน หลังคลอดเป็นเวลา ๖ เดือน</p>         |                                                      | <p>-ตามความสมัครใจ</p> <p>-ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ</p> <p>-กินทุกวัน เป็นเวลา ๖ เดือน</p> |          |
| ๓     | บริการเยี่ยมบ้าน                        | -บริการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด                                                                                                                                                                                                 | -หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด                            | ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่เกี่ยวข้องกำหนด                                                |          |
| ๔     | บริการส่งเสริมการให้นมแม่ในสถานที่ทำงาน | -บริการส่งเสริมการให้นมแม่ของหญิงหลังคลอดบุตรเมื่อต้องกลับไปทำงานเป็นเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน โดยประสานกับเจ้าของสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานจัดให้มีช่วงเวลาพักระหว่างงานสำหรับการให้นมหรือปั้มนม รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่และอุปกรณ์ | -หญิงหลังคลอดบุตรและเจ้าของสถานประกอบการหรือที่ทำงาน | ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่เกี่ยวข้องกำหนด                                                |          |

๒. กลุ่มเด็กเล็กอายุ ๐ - ๕ ปี

| ลำดับ | รายการบริการ                                                      | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กลุ่มเป้าหมาย       | ความถี่                                                                                                              | หมายเหตุ |
|-------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ๑     | บริการส่งเสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรคทั่วไป                       | -บริการคลินิกสุขภาพเด็ก ประเมินสุขภาพ<br>และปัญหาทั่วไป ตรวจร่างกาย การวัดและ<br>ประเมิน การเฝ้าระวังพัฒนาการและการคัด<br>กรองที่จำเป็น การแนะนำพ่อแม่ (การเลี้ยงดู<br>ส่งเสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้อง<br>กันอุบัติเหตุและลดความเสี่ยง) ชักถามและ<br>ตอบคำถาม/ชื่นชมให้กำลังใจ นัดครั้งต่อไป                                             | -เด็กแรกเกิด - ๕ ปี | -ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมวิชาการ<br>กำหนดหรือตามกำหนดการดูแล<br>สุขภาพเด็กไทยโดยราชวิทยาลัย<br>กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |          |
| ๒     | บริการวิตามินเค                                                   | -ฉีดหรือกินวิตามิน เค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -เด็กแรกเกิด        | -อย่างน้อย ๑ ครั้ง                                                                                                   |          |
| ๓     | บริการคัดกรองภาวะ<br>พร่องไทรอยด์ฮอร์โมน<br>และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย | -เจาะเลือดทารกแรกเกิดหลังคลอดอย่าง<br>น้อย ๔๘ ชั่วโมง และส่งตรวจวัดระดับ ทีเอส<br>เอช (TSH) และฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU)<br><br>-รายที่ผล TSH ผิดปกติได้รับการตรวจ<br>วินิจฉัยยืนยันและได้รับยาป้องกัน<br><br>-ถ้าผิดปกติได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง<br>ตามแนวเวชปฏิบัติอย่างน้อย ๓ ปี<br><br>-รายที่ผล PKU ผิดปกติ จะได้รับการส่งต่อ<br>เพื่อดูแลรักษา | -เด็กแรกเกิด        | -อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br><br>-ตรวจยืนยัน ๑ ครั้ง<br><br>-ตรวจติดตามเป็นระยะ                                             |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                          | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                             | กลุ่มเป้าหมาย           | ความถี่                                         | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๔     | บริการคัดกรองโรคทางพันธุกรรมเมตาบอลิก | -เจาะเลือดทารกแรกเกิด ส่งตรวจด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (MS/MS)<br>-รายที่ผลคัดกรองผิดปกติ จะได้รับการส่งต่อเข้าสู่การรักษาโรคหายาก                                                                       | -เด็กแรกเกิด            | -๑ ครั้ง                                        | ตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิด (ประเทศไทย) สมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมทางการแพทย์ และชมรมเวชพันธุศาสตร์กุมารแห่งประเทศไทย                                                                                                                  |
| ๕     | บริการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด   | -ตรวจคัดกรองการได้ยินด้วยเครื่อง OAE และ/หรือ AABR<br>-รายที่ผลคัดกรองผ่านหรือปกติ ให้คำแนะนำ/ติดตามพัฒนาการทางภาษาและการได้ยิน<br>-รายที่ผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูทางภาษาและการได้ยิน | -เด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง | -อย่างน้อย ๑ - ๓ ครั้ง หรือตามคำแนะนำการคัดกรอง | ตามคำแนะนำการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดของประเทศไทย โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย |
| ๖     | บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)       | -ฉีดครั้งเดียวเมื่อแรกเกิด                                                                                                                                                                                          | -เด็กแรกเกิด            | -๑ ครั้ง                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                                              | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                     | กลุ่มเป้าหมาย                  | ความถี่                                    | หมายเหตุ                                                                              |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ๗     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>ไวรัสตับอักเสบบี (HB)                                                              | -เข็มที่ ๑ เมื่อแรกเกิด (ภายใน ๒๔ ชม.)<br>-กรณีที่มารดาเป็นพาหะตับอักเสบบี ให้ฉีดวัคซีน<br>HB แก่เด็กเพิ่มอีก ๑ ครั้งเมื่ออายุ ๑ เดือน                                                                      | -เด็กแรกเกิด - ๑<br>เดือน      | -๑ - ๒ ครั้งแล้วแต่กรณี                    |                                                                                       |
| ๘     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>คอตีบ บาดทะยัก ไอ<br>กรณ ตับอักเสบบี และ<br>เยื่อหุ้มสมองอักเสบบี<br>(DTwP-HB-Hib) | -เข็มที่ ๑ เมื่ออายุ ๒ เดือน<br>-เข็มที่ ๒ เมื่ออายุ ๔ เดือน<br>-เข็มที่ ๓ เมื่ออายุ ๖ เดือน                                                                                                                | -เด็กอายุ ๒ เดือน -<br>๖ เดือน | -๓ ครั้ง                                   |                                                                                       |
| ๙     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>คอตีบ บาดทะยักและ<br>ไอกรณ (DTwP)                                                  | -กระตุ้นครั้งที่ ๑ เมื่ออายุ ๑๘ เดือน<br>-กระตุ้นครั้งที่ ๒ เมื่ออายุ ๔ - ๖ ปี                                                                                                                              | -เด็กอายุ ๑๘ เดือน<br>- ๖ ปี   | -๒ ครั้ง                                   |                                                                                       |
| ๑๐    | บริการวัคซีนป้องกัน<br>โปลิโอชนิดกิน/ฉีด<br>(OPV/IPV)                                                     | -ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุ ๒ เดือน<br>-ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุ ๔ เดือน และฉีด ใต้อาหวน<br>๑ เข็ม<br>-ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุ ๖ เดือน<br>-กระตุ้นครั้งที่ ๑ เมื่ออายุ ๑๘ เดือน<br>-กระตุ้นครั้งที่ ๒ เมื่ออายุ ๔ - ๖ ปี | -เด็กอายุ ๒ เดือน -<br>๖ ปี    | -๕ ครั้ง                                   |                                                                                       |
| ๑๑    | วัคซีนป้องกันโรค<br>อุจจาระร่วงจากเชื้อ<br>ไวรัสโรต้า (RV)                                                | -ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุ ๒ เดือน<br>-ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุ ๔ เดือน<br>-ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุ ๖ เดือน                                                                                                             | -เด็กอายุ ๒ - ๖<br>เดือน       | ๒ ครั้ง หรือ ๓ ครั้ง แล้วแต่ชนิด<br>วัคซีน | ครั้งที่ ๑ อายุไม่ควรเกิน<br>๑๕ สัปดาห์<br>ครั้งสุดท้าย อายุไม่ควร<br>เกิน ๓๒ สัปดาห์ |



| ลำดับ | รายการบริการ                                            | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                      | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ความถี่                  | หมายเหตุ |
|-------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| ๑๒    | บริการวัคซีนป้องกันหัด<br>หัดเยอรมัน และคางทูม<br>(MMR) | -เข็มที่ ๑ เมื่ออายุ ๙ - ๑๒ เดือน<br>-เข็มที่ ๒ เมื่ออายุ ๑ ๑/๒ ปี                                                                                                                                                           | -เด็กอายุ ๙ เดือน -<br>๒ ปี                                                                                                                                                                                                                                                                       | -๒ ครั้ง                 |          |
| ๑๓    | บริการวัคซีนป้องกัน<br>ไข้สมองอักเสบเจอี<br>(JE)        | กรณีวัคซีน JE เชื้อตาย<br>-เข็มที่ ๑ เมื่ออายุ ๑๒ เดือน<br>-เข็มที่ ๒ ห่างจากเข็มแรก ๔ สัปดาห์<br>-เข็มที่ ๓ เมื่ออายุ ๒ ๑/๒ ปี<br>กรณีวัคซีน JE เชื้อเป็น<br>-เข็มที่ ๑ เมื่ออายุ ๑๒ เดือน<br>-เข็มที่ ๒ เมื่ออายุ ๒ ๑/๒ ปี | -เด็กอายุ ๑๒ เดือน<br>- ๓ ปี                                                                                                                                                                                                                                                                      | -๒ - ๓ ครั้ง แล้วแต่กรณี |          |
| ๑๔    | บริการวัคซีนป้องกัน<br>ไข้หวัดใหญ่ตาม<br>ฤดูกาล         | -ฉีด ๒ ครั้งห่างกันอย่างน้อย ๑ เดือนสำหรับ<br>เด็กที่ไม่เคยฉีดมาก่อน<br>-ฉีด ๑ ครั้งกรณีเคยฉีดในปีที่ผ่านมา                                                                                                                  | -เด็กอายุ ๖ เดือน -<br>๒ ปี<br>-เด็กอายุ ๓ - ๕ ปี<br>ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง<br>๗ กลุ่ม (ปอดอุดกั้น<br>เรื้อรัง หอบหืด หัวใจ<br>หลอดเลือดสมอง ไต<br>วาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้<br>รับยาเคมีบำบัด และ<br>เบาหวาน) ผู้พิการ<br>ทางสมองช่วยเหลือ<br>ตัวเองไม่ได้<br>โรคธาลัสซีเมีย<br>ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | -๑ - ๒ ครั้งแล้วแต่กรณี  |          |



| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                    | กลุ่มเป้าหมาย                           | ความถี่                           | หมายเหตุ                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            | (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ)       |                                   |                                                                                                                            |
| ๑๕    | บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก                     | -ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)<br>-ตรวจครั้งที่ ๑ เมื่ออายุ ๖ - ๑๒ เดือน<br>-ตรวจครั้งที่ ๒ เมื่ออายุ ๓ - ๕ ปี<br>-ดูแลรักษาต่อเนื่องในรายที่ผิดปกติ | -เด็กอายุ ๖ - ๑๒ เดือน และอายุ ๓ - ๕ ปี | -อย่างน้อย ๑ ครั้งในแต่ละช่วงอายุ |                                                                                                                            |
| ๑๖    | บริการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กจากการวัดเส้นรอบศีรษะเด็ก | -วัดเส้นรอบศีรษะที่อายุแรกเกิด, ๑, ๒, ๔, ๖, ๙, ๑๒, ๑๘ เดือน และ ๒ ปี                                                                                                                                                                       | -เด็กแรกเกิด - ๒ ปี                     | -๘ ครั้ง                          |                                                                                                                            |
| ๑๗    | บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก                               | -ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน<br>-รายที่พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการแก้ไขส่งเสริมพัฒนาการตามแนวเวชปฏิบัติ                                                                                                          | -เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน        | -อย่างน้อย ๑ ครั้งในแต่ละอายุ     | พ่อแม่จะได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หรือ คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงแล้วแต่กรณี |
| ๑๘    | บริการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ                               | -ตรวจคัดกรองการมองเห็นด้วยแผ่นวัดรูปภาพในเด็กอนุบาล<br>-รายที่ผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อและตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์<br>-ได้รับแว่นตาและตรวจติดตาม กรณีสายตาผิดปกติที่จำเป็นต้องใช้แว่นตา                                      | -เด็กอายุ ๓ - ๕ ปี                      | -๑ ครั้งต่อปี<br><br>-๑ อันต่อปี  |                                                                                                                            |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                    | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                            | กลุ่มเป้าหมาย                                                                               | ความถี่                                                                             | หมายเหตุ                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑๙    | บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช              | -ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กกลุ่มเสี่ยง อายุ ๙, ๑๘, ๒๔, ๓๖ เดือน ทุก ๖ เดือน และติดตามเด็กจนถึงอายุ ๖๐ เดือน                                                                                                   | -เด็กอายุ ๙ - ๖๐ เดือน                                                                      | -๑ - ๒ ครั้งต่อปีแล้วแต่กรณี                                                        |                                                                                                          |
| ๒๐    | บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | -เด็กอายุตั้งแต่ ๒ เดือนที่น้ำหนักตัวแรกคลอด<๒,๕๐๐ กรัมได้รับธาตุเหล็ก ๑๒.๕ มิลลิกรัม/วัน<br>-เด็กอายุ ๖ เดือน - ๒ ปีได้รับธาตุเหล็ก ๑๒.๕ มิลลิกรัม/สัปดาห์<br>-เด็กอายุ ๒ - ๕ ปีได้รับธาตุเหล็ก ๒๕ มิลลิกรัม/สัปดาห์              | -เด็กอายุ ๒ เดือน - ๕ ปี                                                                    | -๑ ครั้งต่อวันกรณี น.น.<๒,๕๐๐ กรัม<br><br>-๑ ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีอายุ ๖ เดือนขึ้นไป |                                                                                                          |
| ๒๑    | บริการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                        | -ตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                                                                                                                                                         | -เด็กแรกเกิด - ๕ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือก่อนทำหัตถการหรือมีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ | -ตามแนวทางที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตามความจำเป็น                            |                                                                                                          |
| ๒๒    | บริการยาด้านไวรัสเอดส์และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี                 | -รับยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันและรักษาในเด็กที่ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงสูงที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี<br>-ตรวจ DNA-PCR แรกคลอด (อายุ ≤7 วัน) อายุ ๑ เดือน ๒ เดือนและ ๔ เดือน<br>-ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเด็กอายุ ๑๘ เดือน | -เด็กแรกเกิด - ๑๘ เดือน                                                                     | -รับยาจนครบกำหนด<br><br>-๔ ครั้ง<br><br>-๑ ครั้ง                                    | หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนยาและค่าใช้จ่ายได้จากกองทุนเอดส์ กรณีรักษาเบิกค่าใช้จ่ายจากแต่ละสิทธิการรักษา |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                          | กลุ่มเป้าหมาย                                 | ความถี่                                      | หมายเหตุ                                                                                                                  |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๒๓    | บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP) | -บริการให้คำปรึกษา<br>-การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti -HIV, CBC, Cr, SGPT, HIV -VL, HBsAg, Anti -HBs, Anti -HCV, Syphilis และ STIs อื่น ๆ<br>Pregnancy test<br>-ยาด้านเอชไอวีสูตรผสม TDF/ 3TC/DTG | -เด็กแรกเกิด - ๕ ปี<br>หลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี | -ไม่จำกัดจำนวนครั้ง                          | ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี ๒๕๖๔ ของสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค |
| ๒๔    | บริการนมผงทารกสำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี        | -รับนมผงกินแทนนมแม่ กรณีเด็กแรกเกิดที่แม่ติดเชื้อ เอชไอวี                                                                                                                                        | -เด็กแรกเกิด - ๑๘ เดือนที่แม่ติดเชื้อเอชไอวี  | -ตามความต้องการจนถึงอายุ ๑๘ เดือน            | หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนได้จากกรมอนามัย                                                                                |
| ๒๕    | บริการสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก                                  | -รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (ใช้ร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสีชมพู)<br>-สมุดคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หรือคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง                   | -เด็กแรกเกิด - ๕ ปี/<br>ผู้ปกครองเด็ก         | -๑ เล่ม                                      | ผู้ปกครองและผู้ให้บริการร่วมกันบันทึกสุขภาพและบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เด็กได้รับอย่างต่อเนื่อง                |
| ๒๖    | บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน                                      | -ให้บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน                                                                                                                                                                       | -เด็กแรกเกิด - ๕ ปี                           | -ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่เกี่ยวข้องกำหนด |                                                                                                                           |



๓. กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ ๖ - ๒๔ ปี

| ลำดับ | รายการบริการ                                           | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กลุ่มเป้าหมาย                                                                            | ความถี่                                                                                                              | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ๑     | บริการส่งเสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรคทั่วไป            | -บริการซักประวัติ/สอบถาม ตรวจร่างกาย<br>ประเมินสุขภาพกาย/สุขภาพจิตและปัญหา<br>ทั่วไป ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรอง<br>ที่จำเป็น การแนะนำพ่อแม่ (การเลี้ยงดู ส่ง<br>เสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้องกัน<br>อุบัติเหตุและลดความเสี่ยง) ซักถามและตอบ<br>คำถาม/ชื่นชมให้กำลังใจ ให้หมายเลข<br>โทรศัพท์สำหรับติดต่อแแก้ววัยรุ่น นัดครั้งต่อไป | -เด็กโตและวัยรุ่น                                                                        | -ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมวิชาการ<br>กำหนดหรือตามกำหนดการดูแล<br>สุขภาพเด็กไทยโดยราชวิทยาลัย<br>กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |          |
| ๒     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>วัณโรค (BCG)                    | -ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคในเด็กอายุต่ำกว่า ๗<br>ปี                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -เด็ก ป.๑ หรืออายุ<br>ต่ำกว่า ๗ ปีที่ไม่เคย<br>ได้รับวัคซีนนี้                           | -๑ ครั้ง                                                                                                             |          |
| ๓     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>คอตีบ บาดทะยัก<br>(dT)          | -ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยักในเด็ก<br>อายุ ๑๒ - ๑๖ ปี<br>-เด็ก ป.๑ (อายุ ๖ - ๗ ปี) กรณีที่ไม่เคยได้รับ<br>วัคซีนมาก่อนหรือได้รับ DTWP ไม่ครบ ๕<br>ครั้งให้ฉีดกระตุ้น                                                                                                                                                                             | -เด็กอายุ ๑๒ ปี (ป.<br>๖)<br>-เด็ก ป.๑ (๖ - ๗ ปี)<br>ที่ไม่เคยได้รับหรือ<br>ได้รับไม่ครบ | -๑ ครั้ง<br><br>-แล้วแต่กรณี                                                                                         |          |
| ๔     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>โปลิโอชนิดกิน (OPV)             | -เด็ก ป.๑ (อายุ ๖ - ๗ ปี) กรณีที่ไม่เคยได้รับ<br>หรือได้รับ OPV ไม่ครบ ๕ ครั้ง ให้กระตุ้น                                                                                                                                                                                                                                                           | -เด็ก ป.๑ (๖ - ๗ ปี)<br>ที่ไม่เคยได้รับหรือ<br>ได้รับไม่ครบ                              | -แล้วแต่กรณี                                                                                                         |          |
| ๕     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>หัดหัดเยอรมันและ<br>คางทูม(MMR) | -เด็ก ป.๑ (อายุ ๖ - ๗ ปี) กรณีที่ไม่เคยได้รับ<br>วัคซีน MMR หรือได้รับไม่ครบ ๒ ครั้ง                                                                                                                                                                                                                                                                | -เด็ก ป.๑ (๖ - ๗ ปี)<br>ที่ไม่เคยได้รับหรือ<br>ได้รับไม่ครบ                              | -แล้วแต่กรณี                                                                                                         |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                                             | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                    | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ความถี่                      | หมายเหตุ |
|-------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| ๖     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>ไขหวัดใหญ่ตาม<br>ฤดูกาล           | -ฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ให้เด็กโตและ<br>วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง<br>-เด็กอายุต่ำกว่า ๙ ปีที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้า<br>ไม่เคยฉีดมาก่อน ฉีด ๒ ครั้งห่างกันอย่างน้อย<br>๑ เดือน ถ้าเคยฉีดปีที่ผ่านมาแล้ว ให้<br>ฉีด ๑ เข็ม<br>-เด็กอายุ ๙ ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ฉีด<br>๑ ครั้ง | -เด็กโตและวัยรุ่นที่<br>ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ๗<br>กลุ่ม (ปอดอุดกั้น<br>เรื้อรัง หอบหืด หัวใจ<br>หลอดเลือดสมอง ไต<br>วาย ผู้ป่วยมะเร็งที่<br>ได้รับยาเคมีบำบัด<br>และเบาหวาน) ผู้<br>พิการทางสมองช่วย<br>เหลือตัวเองไม่ได้<br>โรคธาลัสซีเมีย<br>ภูมิคุ้มกันบกพร่อง<br>(รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวี<br>ที่มีอาการ) และผู้ที่มี<br>น้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐<br>กิโลกรัม หรือดัชนี<br>มวลกายตั้งแต่ ๓๕<br>กิโลกรัมต่อตาราง<br>เมตร | -๑ - ๒ ครั้งต่อปีแล้วแต่กรณี |          |
| ๗     | วัคซีนป้องกันมะเร็ง<br>ปากมดลูกจากเชื้อเอช<br>พีวี (HPV) | -ฉีด ๒ ครั้ง ห่างกัน ๖ เดือน หรือ<br>-ครั้งที่ ๑ ป.๕ เทอม ๑<br>-ครั้งที่ ๒ ป.๕ เทอม ๒                                                                                                                                                                                                      | -เด็กหญิง ป.๕ หรือ<br>อายุ ๑๑ -๑๒ ปี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -๒ ครั้ง                     |          |



| ลำดับ | รายการบริการ                               | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                          | ความถี่                                                  | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| ๘     | บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก    | -ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือตรวจวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)<br>-รายที่ผิดปกติ จะได้ดูแลรักษาต่อเนื่อง                                                                                      | -เด็กอายุ ๖ ปี (ถ้าไม่ได้ตรวจเมื่ออายุ ๓ - ๕ ปี)<br>-วัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน (อายุ ๑๓ - ๒๔ ปี) | -อย่างน้อย ๑ ครั้ง<br><br>-อย่างน้อย ๑ ครั้ง             |          |
| ๙     | บริการคัดกรองสุขภาพช่องปากในโรงเรียน       | -ตรวจสุขภาพช่องปากและแนะนำแก่เด็กในโรงเรียน<br>-ส่งต่อเพื่อดูแลรักษากรณีที่เป็น                                                                                                                                                                        | -เด็ก ป.๑ - ป.๖ (อายุ ๖ - ๑๒ ปี)                                                                       | -อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี                                  |          |
| ๑๐    | บริการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ              | -ตรวจคัดกรองการมองเห็นในเด็กประถม ศึกษา ด้วยแผ่นวัดสายตา E chart หรือแผ่นภูมิสนเลนหรือแผ่นวัดตัวเลข<br>-รายที่ผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อ และตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์<br>-ได้รับแว่นตาและตรวจติดตาม กรณีสายตาผิดปกติที่จำเป็นต้องใช้แว่นตา | -เด็ก ป.๑ - ป.๖ (อายุ ๖ - ๑๒ ปี)                                                                       | -๑ ครั้งต่อปี<br><br>-๑ อันต่อปี                         |          |
| ๑๑    | บริการคัดกรองความผิดปกติทางการได้ยิน       | -ตรวจความผิดปกติทางการได้ยินโดยใช้เสียงกระซิบ (whispered voice test) หรือใช้นิ้วถูกัน                                                                                                                                                                  | -เด็ก ป.๑ - ป.๖ (อายุ ๖ - ๑๒ ปี)                                                                       | -๑ ครั้งต่อปี                                            |          |
| ๑๒    | บริการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ | -เด็กอายุ ๖ - ๑๘ ปี ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กของประเทศ<br>-อายุ ๑๙ ปีขึ้นไป ประเมินค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวทุกครั้งที่ได้รับบริการ                                                                  | -เด็กโตและวัยรุ่น อายุ ๖-๒๔ ปี                                                                         | -อย่างน้อยภาคเรียนละ ๑ ครั้ง หรือทุกครั้งที่ได้รับบริการ |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กลุ่มเป้าหมาย                                                          | ความถี่                                         | หมายเหตุ                                                                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                             | -ครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำการส่งเสริมและป้องกัน หากมีภาวะจำเป็นต้องพบแพทย์ให้ส่งต่อ                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                                 |                                                                         |
| ๑๓    | บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด | -คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติดด้วยแบบประเมิน ASSIST ( Alcohol, smoking and substance involvement screening test) พร้อมกับให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief intervention)<br>-ในรายที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและพิจารณาการรักษาด้วยยาต่อไป | -ผู้มีอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี                                                  | -๑ ครั้งต่อปี                                   |                                                                         |
| ๑๔    | บริการสายด่วนเลิกบุหรี่                                                     | -คำปรึกษา แนะนำวิธีการจัดการตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกติดต่อศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หมายเลข ๑๖๐๐<br>-สายด่วนเลิกบุหรี่โทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษา แนะนำ อย่างต่อเนื่อง<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ                                               | -ผู้สูบบุหรี่                                                          | -ตามความสมัครใจ<br><br>-อย่างน้อย ๑๒ - ๔๒ ครั้ง | รอการขึ้นทะเบียนศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติเป็นหน่วยบริการ |
| ๑๕    | บริการสายด่วนสุขภาพจิต                                                      | -คำปรึกษาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ โดยติดต่อทางโทรศัพท์หมายเลข ๑๓๒๓<br>-สายด่วนสุขภาพจิตโทรศัพท์ติดตามอาการ<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ                                                                                                                                                                       | -ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า | -ตามความสมัครใจ                                 |                                                                         |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                        | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                             | ความถี่                                                  | หมายเหตุ                                                                                                          |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑๖    | บริการตรวจคัดกรองการกลายพันธุ์ของยีนโรคมะเร็งเต้านม         | -บริการตรวจยีน BRCA1 BRCA2                                                                                                                                                     | -ผู้มีอายุมากกว่า ๑๘ ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ | -๑ ครั้ง                                                 | ตามแนวทางปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งพันธุกรรม โดยมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย หรือกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง    |
| ๑๗    | บริการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                    | -ตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                                                                                                     | -ผู้มีอายุ ๖ - ๒๔ ปีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือก่อนทำหัตถการ หรือมีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์                                             | -ตามแนวทางที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตามความจำเป็น |                                                                                                                   |
| ๑๘    | บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี               | -บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี<br>-บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี                                                                                 | -ผู้มีอายุ ๖ - ๒๔ ปีที่สมัครใจ                                                                                                            | -ตามพฤติกรรมเสี่ยงและดุลยพินิจของแพทย์                   |                                                                                                                   |
| ๑๙    | บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP) | -บริการให้คำปรึกษา<br>-การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti -HIV, CBC, Cr, SGPT, HIV -VL, HBsAg, Anti -HBs, Anti -HCV, Syphilis และ STIs อื่น ๆ<br>-ยาต้านเอชไอวีสูตรผสม TDF/ 3TC/DTG | -ผู้มีอายุ ๖ - ๒๔ ปี หลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี รวมหญิงตั้งครรภ์                                                                              | -ไม่จำกัดจำนวนครั้ง                                      | ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ของสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค |
| ๒๐    | บริการวัดความดันโลหิต                                       | -ตรวจวัดความดันโลหิต ณ สถานพยาบาล หรือที่ชุมชน                                                                                                                                 | -ผู้มีอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี                                                                                                                     | -อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เข้ารับบริการ      |                                                                                                                   |



| ลำดับ | รายการบริการ                                                                                    | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                   | กลุ่มเป้าหมาย                                                           | ความถี่                                  | หมายเหตุ |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|
| ๒๑    | การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน                                                          | -การสอนและแนะนำวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและการบันทึกค่าความดันโลหิต<br>-ให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา นำกลับไปวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นเวลา ๗ วัน                                                                                                                           | -ผู้มีอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นสงสัยความดันโลหิตสูง | -๑ ครั้งต่อปี                            |          |
| ๒๒    | บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก                                | -เด็กอายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับธาตุเหล็ก ๖๐ มิลลิกรัมต่อสัปดาห์<br>-วัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน (วัยเจริญพันธุ์) ได้รับธาตุเหล็ก ๖๐ มิลลิกรัมและกรดโฟลิก ๒.๘ มิลลิกรัมต่อสัปดาห์                                                                                                           | -เด็กอายุ ๖ - ๑๒ ปี<br>-วัยรุ่นหญิง ๑๓ - ๒๔ ปี                          | -๑ ครั้งต่อสัปดาห์<br>-๑ ครั้งต่อสัปดาห์ |          |
| ๒๓    | บริการเคลือบฟลูออไรด์                                                                           | -บริการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่                                                                                                                                                                                                                        | -เด็กโตและวัยรุ่น (อายุ ๖ - ๒๔ ปี)                                      | -ทุก ๖ เดือน                             |          |
| ๒๔    | บริการเคลือบหลุมร่องฟัน                                                                         | -บริการเคลือบหลุมร่องฟันสำหรับฟันกรามถาวรซี่ที่ ๖, ๗, ๔ และ ๕ โดยวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant)                                                                                                                                                                                         | -เด็กโตและวัยรุ่น อายุ ๖ - ๒๐ ปี                                        | -อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง                   |          |
| ๒๕    | บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ | -บริการคลินิกอนามัยเจริญพันธุ์ คลินิกวัยรุ่นและเยาวชน<br>-คำปรึกษา/แนะนำอนามัยเจริญพันธุ์และบริการวางแผนครอบครัว<br>-บริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<br>-บริการถุงยางอนามัย/ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินและคำแนะนำการใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ | -วัยรุ่น/เยาวชนหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ที่มีเพศสัมพันธ์                 | -ตามความสมัครใจ                          |          |



| ลำดับ | รายการบริการ                   | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                    | กลุ่มเป้าหมาย                                                | ความถี่                                      | หมายเหตุ |
|-------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|
|       |                                | -บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย<br>-บริการวางแผนครอบครัวกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ |                                                              |                                              |          |
| ๒๖    | บริการสมุดบันทึกสุขภาพนักเรียน | -นักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๕ และมัธยมศึกษาปีที่ ๑ ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเพื่อบันทึกด้วยตนเอง                 | -เด็กนักเรียน ป.๕ และ ม.๑                                    | -๑ เล่มต่อคน<br>(ใช้ ป.๕ - ๖ และ ม.๑ - ๖)    |          |
| ๒๗    | บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน         | -ให้บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน                                                                                 | -ผู้ด้อยโอกาส<br>แม่วัยรุ่น ผู้พิการ<br>หรือมีเงื่อนไขจำเป็น | -ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่เกี่ยวข้องกำหนด |          |

๔. กลุ่มผู้ใหญ่อายุ ๒๕-๕๙ ปี

| ลำดับ | รายการบริการ                                    | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                      | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ความถี่                                                  | หมายเหตุ |
|-------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| ๑     | บริการส่งเสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรคทั่วไป     | -บริการซักประวัติ/สอบถาม ตรวจร่างกาย<br>ประเมินสุขภาพกาย/สุขภาพจิต<br>(ความเครียด/ซึมเศร้า) และปัญหาทั่วไป<br>ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรองที่<br>จำเป็น การให้สุศึกษา คำปรึกษาแนะนำ<br>ซักถามและตอบคำถาม | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙<br>ปี                                                                                                                                                                                                                                                                       | -ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมวิชาการ<br>กำหนดหรือตามความจำเป็น |          |
| ๒     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>คอตีบและบาดทะยัก<br>(dT) | -ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก                                                                                                                                                                            | -ผู้มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป<br>ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้<br>ในรอบ ๑๐ ปี<br>ที่ผ่านมา                                                                                                                                                                                                                 | -๑ ครั้งทุก ๑๐ ปี                                        |          |
| ๓     | บริการวัคซีนไขหวัด<br>ใหญ่ตามฤดูกาล             | -ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล                                                                                                                                                                                | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี<br>ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง<br>๗ กลุ่ม (ปอดอุดกั้น<br>เรื้อรัง หอบหืด หัวใจ<br>หลอดเลือดสมอง ไต<br>วาย ผู้ป่วยมะเร็งที่<br>ได้รับยาเคมีบำบัด<br>และเบาหวาน) ผู้<br>พิการทางสมองช่วย<br>เหลือตัวเองไม่ได้<br>โรคธาลัสซีเมีย<br>ภูมิคุ้มกันบกพร่อง<br>(รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวี | -๑ ครั้งต่อปี                                            |          |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                               | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                             | ความถี่                                         | หมายเหตุ                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร                         |                                                 |                                                                          |
| ๔     | บริการคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด | -ตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด ด้วยเครื่องมือ ASSIST พร้อมให้คำแนะนำอย่างสั้น<br>-ในรายที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป แนะนำให้รับบริการการให้คำปรึกษาและพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วยในกรณีจำเป็น                               | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๓๐ ปี ทุกคน<br>-กรณีผู้มีอายุ ๓๐ - ๕๙ ปี ตรวจคัดกรองเฉพาะผู้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น | -๑ ครั้งต่อปี                                   |                                                                          |
| ๕     | บริการสายด่วนเลิกบุหรี่                                                     | -คำปรึกษา แนะนำวิธีการจัดการตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกติดต่อศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หมายเลข ๑๖๐๐<br>-สายด่วนเลิกบุหรี่โทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษา แนะนำ อย่างต่อเนื่อง<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ | -ผู้สูบบุหรี่                                                                                                             | -ตามความสมัครใจ<br><br>-อย่างน้อย ๑๒ - ๔๒ ครั้ง | รอการขึ้นทะเบียน ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติเป็นหน่วยบริการ |

| ลำดับ | รายการบริการ                           | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                            | กลุ่มเป้าหมาย                                                           | ความถี่                                             | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๖     | บริการสายด่วนสุขภาพจิต                 | -คำปรึกษาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ โดยติดต่อทางโทรศัพท์หมายเลข ๑๓๒๓<br>-สายด่วนสุขภาพจิตโทรศัพท์ติดตามอาการ<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ      | -ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า  | -ตามความสมัครใจ                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ๗     | บริการวัดความดันโลหิต                  | -ตรวจวัดความดันโลหิต ณ สถานพยาบาลหรือที่ชุมชน                                                                                                                      | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี                                                   | -อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เข้ารับบริการ |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ๘     | การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน | -การสอนและแนะนำวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและการบันทึกค่าความดันโลหิต<br>-ให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา นำกลับไปวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นเวลา ๗ วัน    | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นสงสัยความดันโลหิตสูง | -๑ ครั้งต่อปี                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ๙     | บริการคัดกรองเบาหวาน                   | -ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose: FCG) หรือจากหลอดเลือดดำ (Fasting Plasma Glucose: : FPG) | -ผู้มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง                               | -๑ ครั้งทุก ๑ - ๓ ปี แล้วแต่กรณี                    | -กลุ่มเสี่ยง ได้แก่<br>๑. ภาวะอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย $\geq ๒๕$ กก./ม <sup>๒</sup> และ/หรือรอบเอว $\geq ๙๐$ ซม. ในผู้ชาย หรือ $\geq ๘๐$ ซม. ในผู้หญิง<br>๒. มีประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่หรือน้อง) เป็นเบาหวาน<br>๓. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังกินยาควบคุมความดันโลหิต |



| ลำดับ | รายการบริการ                                            | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                         | กลุ่มเป้าหมาย                         | ความถี่          | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                  | <p>๔. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือกำลังกินยาลดไขมันในเลือด</p> <p>๕. มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหารหรือการตรวจน้ำตาลในเลือด ๒ ชม.หลังกินกลูโคส ๗๕ กรัม</p> <p>๖. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๔ กก.</p> |
| ๑๐    | บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด | <p>-ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai ASCVD Score Risk)</p> <p>-การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงการพิจารณาให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> | -ผู้มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยง | -๑ ครั้งทุก ๕ ปี | <p>-การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาจากตัวแปร ดังนี้</p> <p>๑.อายุ เพศ</p> <p>๒.ความดันโลหิต</p> <p>๓.ระดับไขมันในเลือด : total chol</p> <p>๔.ระดับน้ำตาลในเลือด : FPG</p>                                                                     |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                   | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                | ความถี่          | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                |
|-------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                             |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |                  | ๕.ภาวะอ้วน : ค่าดัชนี<br>มวลกาย และเส้นรอบวง<br>เอว<br>๖.การสูบบุหรี่                                                                                                                   |
| ๑๑    | บริการคัดกรองรอย<br>โรคเสี่ยงมะเร็งและ<br>มะเร็งช่องปาก     | -ตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรองรอยโรคเสี่ยง<br>มะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก<br>-ตัดเนื้อเยื่อบริเวณรอยโรค (Biopsy) และ<br>ตรวจทางพยาธิวิทยา                   | -ผู้มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป                                                                                                                                       | -๑ ครั้ง ทุกปี   | ตามแนวทางการคัดกรอง<br>รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่อง<br>ปากและมะเร็งช่องปาก<br>โดยกรมอนามัยร่วมกับ<br>ราชวิทยาลัยทันตแพทย์<br>แห่งประเทศไทย ราช<br>วิทยาลัย โสต ศอ นาสิก<br>แพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๑๒    | บริการตรวจคัดกรอง<br>การกลายพันธุ์ของยีน<br>โรคมะเร็งเต้านม | -บริการตรวจยีน BRCA1 BRCA2                                                                                                                                | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๕ ปี<br>ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วย<br>มะเร็งเต้านมที่มี<br>ความเสี่ยงสูง และ<br>กลุ่มญาติสายตรงที่มี<br>ประวัติครอบครัว<br>ตรวจพบยีนกลาย<br>พันธุ์ | -๑ ครั้ง         | ตามแนวทางการปฏิบัติกร<br>ตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง<br>พันธุกรรม โดยมะเร็ง<br>วิทยาสมาคมแห่ง<br>ประเทศไทย หรือกรม<br>วิชาการที่เกี่ยวข้อง                                                    |
| ๑๓    | บริการคัดกรองมะเร็ง<br>ปากมดลูก                             | -ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี<br>แป็บสเมียร์ (Pap smear) หรือ HPV DNA<br>Test ในหญิงอายุ ๓๐ - ๕๕ ปี หรือ วิธี วีไอ<br>เอ (VIA) ในหญิงอายุ ๓๐ - ๕๕ ปี | -หญิงอายุ ๓๐ - ๕๕ ปี<br>และหญิงอายุ<br><๓๐ ปี หากมีความ<br>เสี่ยงสูง                                                                                         | -๑ ครั้งทุก ๕ ปี | ความเสี่ยงสูง ได้แก่ มี<br>เพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ<br>น้อย มีคู่นอนหลายคน<br>ไม่ใช้ถุงยางอนามัย                                                                                          |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                          | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                    | ความถี่                                                  | หมายเหตุ                                                                                                          |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                             | -กรณีผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcopy หรือ Liquid based Cytology การตัดเนื้อเยื่อ (Biopsy) หรือ LEEP และการตรวจพยาธิวิทยา ตามข้อบ่งชี้ของแต่ละกรณี                        |                                                                                                  |                                                          |                                                                                                                   |
| ๑๔    | บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่                                | -ตรวจคัดกรองด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)<br>-รายที่ผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน และการดูแลต่อเนื่อง                                                             | -ผู้มีอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี                                                                            | -๑ ครั้ง ทุก ๒ ปี                                        |                                                                                                                   |
| ๑๕    | บริการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                    | -ตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                                                                                                                       | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือ ก่อนทำหัตถการ หรือมีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ | -ตามแนวทางที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตามความจำเป็น |                                                                                                                   |
| ๑๖    | บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี               | -หน่วยบริการแจ้งบริการให้คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้รับบริการทราบ และบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีตามความสมัครใจ                                                            | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่สมัครใจ                                                                 | -ตามพฤติกรรมเสี่ยงและดุลยพินิจของแพทย์                   |                                                                                                                   |
| ๑๗    | บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP) | -บริการให้คำปรึกษา<br>-การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti -HIV, CBC, Cr, SGPT, HIV -VL, HBsAg, Anti -HBs, Anti -HCV, Syphilis และ STIs อื่น ๆ<br>Pregnancy test<br>-ยาต้านเอชไอวีสูตรผสม TDF/ 3TC/DTG | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี หลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี รวมหญิงตั้งครรภ์                                    | -ไม่จำกัดจำนวนครั้ง                                      | ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ของสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                               | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                              | กลุ่มเป้าหมาย                                                     | ความถี่            | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑๘    | บริการให้ความรู้เรื่อง<br>การคัดกรองมะเร็ง<br>เต้านมด้วยการตรวจ<br>คลำเต้านมด้วยตนเอง      | -การให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและแนะนำ<br>การตรวจคลำเต้านมที่ถูกต้องด้วยตนเอง<br>เพื่อสร้างความตระหนัก                                                                                             | -หญิงวัยเจริญพันธุ์<br>อายุ ๒๕ - ๕๕ ปี                            | -๑ ครั้งต่อปี      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ๑๙    | บริการยาเม็ดเสริมธาตุ<br>เหล็กเพื่อป้องกันโลหิต<br>จางจากการขาดธาตุ<br>เหล็ก               | -รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ประกอบด้วยธาตุ<br>เหล็ก ๖๐ มิลลิกรัม และกรดโฟลิก ๒.๘<br>มิลลิกรัมต่อสัปดาห์                                                                                               | -หญิงวัยเจริญพันธุ์<br>อายุ ๒๕ - ๕๕ ปี                            | -๑ ครั้งต่อสัปดาห์ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ๒๐    | บริการเคลือบ<br>ฟลูออไรด์                                                                  | -บริการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่<br>(ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์<br>๒๒,๖๐๐ ppm) พร้อมให้คำแนะนำการ<br>แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการ<br>บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ | -ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๕ ปี<br>ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ<br>การเกิดโรคฟันผุ | -ทุก ๖ เดือน       | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ<br>ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลาย<br>แห้งจากการรักษา มะเร็ง<br>ด้วยการฉายแสงบริเวณ<br>ใบหน้าและลำคอ หรือ<br>จากการกินยารักษาโรค<br>ทางระบบที่ส่งผลให้น้ำ<br>ลายแห้งติดต่อกันเป็น<br>เวลานาน หรือสาเหตุ<br>อื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือก<br>ร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อ<br>การทำความสะอาด |
| ๒๑    | บริการอนามัย<br>เจริญพันธุ์ และ<br>การป้องกันและ<br>ควบคุมการตั้งครรภ์<br>ที่ไม่พึงประสงค์ | -บริการคำปรึกษาแนะนำอนามัยเจริญพันธุ์<br>และบริการวางแผนครอบครัว<br>-บริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและป้องกันโรค<br>คัดกรองความเสี่ยง                                                                    | -หญิงและชาย<br>วัยเจริญพันธุ์                                     | -ตามความสมัครใจ    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



| ลำดับ | รายการบริการ               | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                       | กลุ่มเป้าหมาย                                      | ความถี่                                          | หมายเหตุ |
|-------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|
|       |                            | -บริการถุงยางอนามัย/ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน<br>และคำแนะนำการใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อ<br>ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ<br>การ ตั้งครรภ์<br>-บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่<br>ปลอดภัย<br>-บริการวางแผนครอบครัวกึ่งถาวรเพื่อป้องกัน<br>การตั้งครรภ์ซ้ำ |                                                    |                                                  |          |
| ๒๒    | บริการเยี่ยมบ้าน/<br>ชุมชน | -ให้บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน                                                                                                                                                                                                                                    | -ผู้ด้อยโอกาส ผู้<br>พิการหรือมีเงื่อนไข<br>จำเป็น | -ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่<br>เกี่ยวข้องกำหนด |          |

๕. กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

| ลำดับ | รายการบริการ                                    | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                              | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ความถี่                                                  | หมายเหตุ |
|-------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| ๑     | บริการส่งเสริมสุขภาพ<br>และป้องกันโรคทั่วไป     | -บริการซักประวัติ/สอบถาม ตรวจร่างกาย<br>ประเมินสุขภาพกาย/สุขภาพจิตและปัญหา<br>ทั่วไป ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรอง<br>ที่จำเป็น การให้สุขศึกษา คำปรึกษาแนะนำ<br>ซักถามและตอบคำถาม | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                                                                                                                                                                                                         | -ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมวิชาการ<br>กำหนดหรือตามความจำเป็น |          |
| ๒     | บริการวัคซีนป้องกัน<br>คอตีบและบาดทะยัก<br>(dT) | -ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก                                                                                                                                                    | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป<br>ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้<br>ในรอบ ๑๐ ปีที่<br>ผ่านมา                                                                                                                                                                                                                 | -๑ ครั้งทุก ๑๐ ปี                                        |          |
| ๓     | บริการวัคซีนไขหวัด<br>ใหญ่ตามฤดูกาล             | -ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล                                                                                                                                                        | -ผู้มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป<br>-ผู้มีอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี<br>ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง<br>๗ กลุ่ม (ปอดอุดกั้น<br>เรื้อรัง หอบหืด หัวใจ<br>หลอดเลือดสมอง ไต<br>วาย ผู้ป่วยมะเร็งที่<br>ได้รับยาเคมีบำบัด<br>และเบาหวาน) ผู้<br>พิการทางสมองช่วย<br>เหลือตัวเองไม่ได้<br>โรคธาลัสซีเมีย<br>ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | -๑ ครั้งต่อปี                                            |          |

| ลำดับ | รายการบริการ              | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                          | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                           | ความถี่                                         | หมายเหตุ                                                               |
|-------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|       |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร |                                                 |                                                                        |
| ๔     | บริการประเมินภาวะโภชนาการ | -ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเส้นรอบวงเอวเพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย                                                                                                                                                                                                                   | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                                  | -ทุก ๖ เดือน                                    |                                                                        |
| ๕     | บริการสายด่วนเล็กบุหรี    | -คำปรึกษา แนะนำวิธีจัดการตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกติดต่อศูนย์บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์แห่งชาติ หมายเลข ๑๖๐๐<br>-สายด่วนเล็กบุหรีโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษา แนะนำ อย่างต่อเนื่อง<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ | -ผู้สูบบุหรี่                                                                                                           | -ตามความสมัครใจ<br><br>-อย่างน้อย ๑๒ - ๔๒ ครั้ง | รอการขึ้นทะเบียนศูนย์บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์แห่งชาติเป็นหน่วยบริการ |
| ๖     | บริการสายด่วนสุขภาพจิต    | -คำปรึกษาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ โดยติดต่อทางโทรศัพท์หมายเลข ๑๓๒๓<br>-สายด่วนสุขภาพจิตโทรศัพท์ติดตามอาการ<br>-ประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาเข้ารับบริการในระบบบริการ                                                                                                                    | -ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า                                                  | -ตามความสมัครใจ                                 |                                                                        |

| ลำดับ | รายการบริการ                                            | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                            | กลุ่มเป้าหมาย                                                            | ความถี่                                             | หมายเหตุ                                                                                                                                                                       |
|-------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๗     | บริการวัดความดันโลหิต                                   | -ตรวจวัดความดันโลหิต ณ สถานพยาบาล หรือที่ชุมชน                                                                                                                                                                                                     | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                   | -อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เข้ารับบริการ |                                                                                                                                                                                |
| ๘     | การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน                  | -การสอนและแนะนำวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและการบันทึกค่าความดันโลหิต<br>-ให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา นำกลับไปวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นเวลา ๗ วัน                                                                                    | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นสงสัยความดันโลหิตสูง | -๑ ครั้งต่อปี                                       |                                                                                                                                                                                |
| ๙     | บริการคัดกรองเบาหวาน                                    | -ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose: FCG) หรือจากหลอดเลือดดำ (Fasting Plasma Glucose: : FPG)                                                                                 | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                   | -๑ ครั้งทุก ๑ - ๓ ปี แล้วแต่กรณี                    |                                                                                                                                                                                |
| ๑๐    | บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด | -ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai ASCVD Score Risk)<br>-การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงการพิจารณาให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                   | -๑ ครั้งทุก ๕ ปี                                    | -การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาจากตัวแปร ดังนี้<br>๑.อายุ เพศ<br>๒.ความดันโลหิต<br>๓.ระดับไขมันในเลือด : total chol<br>๔.ระดับน้ำตาลในเลือด : FPG |



| ลำดับ | รายการบริการ                                  | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                    | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                      | ความถี่                                                          | หมายเหตุ                                                              |
|-------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|       |                                               |                                                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                  | ๕.ภาวะอ้วน : ค่าดัชนี<br>มวลกาย และเส้นรอบวง<br>เอว<br>๖.การสูบบุหรี่ |
| ๑๑    | บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง    | -ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ<br>-หากพบความผิดปกติ (หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation) ได้รับการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เพื่อวินิจฉัย | -ผู้มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป                                                                                             | -ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ                                        |                                                                       |
| ๑๒    | บริการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ                | -บริการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL)                                                             | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                             | -๓ - ๕ ปีต่อครั้ง                                                |                                                                       |
| ๑๓    | บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า            | -บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม                                                                                           | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                             | -๓ - ๕ ปีต่อครั้ง ถ้าพบว่ามีความเสี่ยง ประเมินซ้ำทุกปี           |                                                                       |
| ๑๔    | บริการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙      | -ตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙                                                                 | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป<br>ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือ<br>ก่อนทำหัตถการ<br>หรือมีความจำเป็น<br>ตามดุลยพินิจของ<br>แพทย์ | -ตามแนวทางที่กำหนดของ<br>กระทรวงสาธารณสุข หรือ ตาม<br>ความจำเป็น |                                                                       |
| ๑๕    | บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี | -บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี<br>-บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี                                             | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                             | -ตามพฤติกรรมเสี่ยงและดุลยพินิจ<br>ของแพทย์                       |                                                                       |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                      | กลุ่มเป้าหมาย                                                  | ความถี่             | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑๖    | บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (HIV PEP) | -บริการให้คำปรึกษา<br>-การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti -HIV, CBC, Cr, SGPT, HIV -VL, HBsAg, Anti -HBs, Anti -HCV, Syphilis และ STIs อื่น ๆ<br>Pregnancy test<br>-ยาด้านเอชไอวีสูตรผสม TDF/ 3TC/DTG             | -ผู้มีอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป<br>หลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี               | -ไม่จำกัดจำนวนครั้ง | ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ของสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค                                                                                                                                                 |
| ๑๗    | บริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์                        | -บริการถ่วงยาอนามัย และคำแนะนำการใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์                                                                                                                                                       | -ผู้มีอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป                                         | -ตามความต้องการ     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ๑๘    | บริการเคลือบฟลูออไรด์                                       | -บริการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ทาฟลูออไรด์วาร์นิชที่มีปริมาณฟลูออไรด์ ๒๒,๖๐๐ ppm) พร้อมให้คำแนะนำการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้งและการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ | -ผู้มีอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป<br>ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ | -ทุก ๖ เดือน        | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษา มะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้ง ผู้ที่มีเหงือกอักเสบ รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                                                        | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                              | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                        | ความถี่                                             | หมายเหตุ                                                                                                                                                  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑๙    | บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก                                                                     | -ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก<br>-ตัดเนื้อเยื่อบริเวณรอยโรค (Biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา                                                                                                   | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                                               | -๑ ครั้ง ทุกปี                                      | ตามแนวทางคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก โดยกรมอนามัยร่วมกับราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๒๐    | บริการตรวจคัดกรองการกลายพันธุ์ของยีนโรคมะเร็งเต้านม                                                                 | -บริการตรวจยีน BRCA1 BRCA2                                                                                                                                                                                                           | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป<br>ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ | -๑ ครั้ง                                            | ตามแนวทางปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งพันธุกรรม โดยมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย หรือกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง                                            |
| ๒๑    | บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่                                                                                        | -ตรวจคัดกรองด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)<br>-รายที่ผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน และการดูแลต่อเนื่อง                                                                                                 | -ผู้มีอายุ ๖๐ - ๗๐ ปี                                                                                                                | ๑ ครั้ง ทุก ๒ ปี                                    |                                                                                                                                                           |
| ๒๒    | บริการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายและการฝึกการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม | -แนะนำให้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่ การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย/การฝึกการทำงานของสมอง/ควบคุม น้ำหนัก/กินอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ ไขมันต่ำ ปลา เมล็ดธัญพืช ข้าวกล้อง/ลดการดื่มแอลกอฮอล์ | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                                               | -อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เข้ารับบริการ |                                                                                                                                                           |

| ลำดับ | รายการบริการ                                                                          | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                  | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                 | ความถี่                                          | หมายเหตุ |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|
| ๒๓    | บริการให้ความรู้เรื่อง<br>การคัดกรองมะเร็ง<br>เต้านมด้วยการตรวจ<br>คลำเต้านมด้วยตนเอง | -การให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและแนะนำ<br>การตรวจคลำเต้านมที่ถูกต้องด้วยตนเอง<br>เพื่อสร้างความตระหนัก | -ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป                                                                                        | -๑ ครั้งต่อปี                                    |          |
| ๒๔    | บริการเยี่ยมบ้าน/<br>ชุมชน                                                            | -ให้บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน                                                                               | -ผู้สูงอายุที่ต้องการ<br>ความช่วยเหลือใน<br>ชีวิตประจำวัน<br>ผู้ด้อยโอกาส<br>ผู้พิการหรือมีเงื่อนไข<br>จำเป็น | -ตามแนวทางที่กรมอนามัยหรือที่<br>เกี่ยวข้องกำหนด |          |



ตาราง ๒ แนบท้ายบัญชี ๑ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง ประเภทยกเว้นเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔  
ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ ๖-๒๔ ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ ๒๕-๕๙ ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

| รายการบริการ                    | กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กลุ่มเป้าหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ความถี่                                                                         | หมายเหตุ |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการให้ความรู้ คำปรึกษา การแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี</li> <li>- บริการคำแนะนำ ชักชวน ส่งต่อ จากชุมชน หรือสถานบริการ/ร้านยา เพื่อเข้ารับบริการในระบบ</li> <li>- บริการอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยาง สารหล่อลื่น อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อ</li> <li>- บริการให้การปรึกษาและการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ(VCT)</li> <li>- การนัดหมายและติดตาม ให้เข้ารับบริการต่อเนื่องและเพื่อคงผลเลือดเป็นลบ</li> <li>- บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</li> <li>- บริการส่งต่อเพื่อการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส</li> </ul> | <p>กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง</li> <li>- พนักงานบริการที่เป็นชาย หญิง และสาวประเภทสอง ทั้งที่ทำงานในและนอกสถานบริการ</li> <li>- ผู้ใช้ยาเสพติดวิธีฉีด (IVDU)</li> <li>- คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคู่ของกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>- ผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจฯ</li> </ul> | ตามแนวทางของประเทศ/<br>แนวทางปฏิบัติที่กรม<br>วิชาการ หรือกรมควบคุม<br>โรคกำหนด |          |

บัญชีหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

การตรวจวินิจฉัยโรค มีขอบเขตดังต่อไปนี้

- (๑) การตรวจคัดกรองยีน Human Leukocyte Antigen (HLA) allele-B\*๑๕๐๒ (HLA-B\*๑๕๐๒) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเริ่มการรักษาด้วยยา Carbamazepine ในทุกกรณี เพื่อป้องกันผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรง Stevens–Johnson Syndrome (SJS) and Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)
- (๒) การตรวจคัดกรองยีน Human Leukocyte Antigen (HLA) allele-B\*5801 (HLA-B\*5801) ก่อนให้ยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์รายใหม่ เพื่อป้องกันการแพ้ยา
- (๓) การคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray : CXR) เชิงรุกในทุกกลุ่มเสี่ยง และการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay
- (๔) การตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง อายุ ๐ ถึง ๖ เดือน
- (๕) ให้บริการตรวจเพทซีที (PET/CT) เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับ
  - (ก) การประเมินระยะของโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (NSCLC)
  - (ข) การประเมินระยะโรคเริ่มต้นและประเมินการตอบสนองระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและหลังสิ้นสุดการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (HL)

บัญชีหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

การบำบัด และการบริการทางการแพทย์ มีขอบเขตดังต่อไปนี้

- (๑) การปลูกถ่ายหัวใจ
- (๒) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ที่มีภาวะตับวายจากภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่น ๆ
- (๓) การรักษาผู้ป่วยจิตเวช กรณีต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน เกินกว่า ๑๕ วัน
- (๔) การรับบริการสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
- (๕) บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลางตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (๖) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย
- (๗) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ยกเว้นการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดที่มีกำหนดเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
- (๘) การบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ ยกเว้นการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- (๙) การรักษาภาวะมีบุตรยากและการผสมเทียมตามที่ สปสช. กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นการดำเนินการที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทน (Surrogacy)
- (๑๐) การรักษาโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า ๑๘๐ วัน

บัญชีหมายเลข ๔ แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีขอบเขตดังต่อไปนี้

(๑) ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๒) รายการยาที่ผ่านความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ตามที่ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติมอบอำนาจ

(ก) กรณีเป็นรายการยา ที่ใช้แทนยาเดิม หรือการรักษาเดิม มีประสิทธิผลดีขึ้น และราคา ต่อการรักษาเท่าเดิม หรือถูกกว่าเดิม ให้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

(ข) กรณีอื่น ๆ เมื่อผ่านความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข และ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว ก็ให้ถือเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

(๔) รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ รายละเอียดตามประกาศสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๕) รายการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ ปอดล้มเหลวเฉียบพลัน

(๖) รายการอุปกรณ์ประสาทหูเทียม ชนิด rechargeable สำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็ก อายุไม่น้อยกว่า ๕ ปี ที่มีระดับการได้ยิน ๙๐ dB ขึ้นไป และไม่เคยฝึกภาษามือ

(๗) รายการอุปกรณ์รากฟันเทียม รวมบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มียาทั้งปาก

(๘) ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) โดยขยายข้อบ่งชี้ สำหรับ

(ก) กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C) ในเด็กที่ติดเชื้อ COVID 19

(ข) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Myocarditis and Pericarditis) ที่เกิดภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ



บัญชีหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

บริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยที่ผู้มีสิทธิจะได้รับในหน่วยบริการ รวมทั้งที่หน่วยบริการจัดให้ที่บ้าน และในชุมชน มีขอบเขตดังต่อไปนี้

(๑) บริการตรวจและวินิจฉัยโรค

(๒) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่

(ก) การสร้างเสริมสุขภาพมารดาก่อนคลอด

(ข) การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมสุขภาพบุคคลด้วยการแพทย์แผนไทย

(ค) การให้ยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย หรือกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย รวมทั้ง การนวด อบ ประคบตามที่ระบุไว้ในตำราการแพทย์แผนไทยที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

(๓) บริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่

(ก) การรักษาด้วยยาจากสมุนไพรหรือยาแผนไทย

(ข) การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและมารดาหลังคลอด

(ค) การบริการด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการนวด อบ ประคบ ตามที่ระบุไว้ในตำราการแพทย์แผนไทยที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

ทั้งนี้ การรับบริการสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทย ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

- /๑๖. ประกาศ...

- [illegible]