ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๒๒๓

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๙ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ปรับปรุงประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของเอกชน

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๔๔๒ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงการคลังได้ประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสม สอดคล้องกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน กรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากกระทรวงการคลัง จึงได้ปรับปรุงอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน (กรณีสถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยโรคมะเร็งไปเข้ารับบริการรังสีรักษาเป็นครั้งคราวในสถานพยาบาลของเอกชน) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยให้สถานพยาบาลของเอกชนเบิกจ่ายเงินในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการเท่านั้น ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กุลยา ตันติเตมิท

(นางสาวกุลยา ตันติเตมิท)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษาพยาบาล
กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษาพยาบาล
โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐
โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

ประกาศกระทรวงการคลัง
เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษา
ในสถานพยาบาลของเอกชน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๔ และมาตรา ๘ วรรคหนึ่ง (๔) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ เมื่อประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๔ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เมื่อสถานพยาบาลของทางราชการส่งตัวให้เข้ารับบริการรังสีรักษาจะต้องเข้ารับบริการรังสีรักษา ณ สถานพยาบาลของเอกชนที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกับกรมบัญชีกลางเท่านั้น

ข้อ ๕ การบริการรังสีรักษา ตามประกาศนี้ หมายถึง การตรวจและการให้การรักษาด้วยรังสี (Radio Therapy) และบริการอื่น ๆ ตามรายการที่แนบท้ายนี้ รวมถึงการตรวจผู้ป่วย เพื่อติดตามและประเมินผลการให้การรักษาที่รับไว้ในแต่ละครั้งนั้น

ข้อ ๖ ค่ารักษาพยาบาลรังสีรักษาในสถานพยาบาลของเอกชนให้เบิกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวงเงินตามรายการที่แนบท้ายนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

กุลยา ตันติเตมิท

(นางสาวกุลยา ตันติเตมิท)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง ปฏิบัติราชการแทน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

หมวดที่ 6

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต หมายถึง ค่าจัดการบริการการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (Whole Blood) เม็ดโลหิตแดง (Packed Red Cell) พลาสมาสด (Fresh Plasma หรือ Fresh Frozen Plasma) เกล็ดโลหิต (Platelet Concentrate) พลาสมา (Plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้บริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิตด้วย

ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งออกเป็นสองส่วน คือส่วนที่รับบริการต่อจากสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นรายการที่มีการตรวจ Nucleic acid Amplification Technology (NAT) ทุก Unit แล้ว และส่วนที่สถานพยาบาลต้องรับบริจาคเอง

ราคาที่กำหนด เป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ ถุงบรรจุโลหิต และการเตรียมส่วนประกอบของโลหิต

การใช้ Leukocyte depletion filter ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้เป็น Leukocyte depleted products ให้คิดราคาเป็น Leukocyte depleted products

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา (บาท)	หมายเหตุ
6.1	22114	Cross matching - Tube method	unit	80	
6.2	22115	Cross matching - Gel method	unit	150	
6.3	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	540	
6.4	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	520	
6.5	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.6	23252	PRC (NAT)	unit	700	
6.7	23253	Leukocyte Poor PRC	unit	550	
6.8	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	unit	700	
6.9	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	unit	340	
6.10	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200	
6.11	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.12	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.13	23351	Random Platelet Concentrate	unit	400	
6.14	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
6.15	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	

กรมบัญชีกลาง

หมวดที่ 7

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา หมายถึง ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา (บาท)	หมายเหตุ
7.1	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90	รวม platelet count
7.2	30102	Complete blood count without smear	Test	60	
7.3	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	30	
7.4	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) *PANEL.UA*	Test	60	รวมค่าตรวจ albumin, glucose หากเบิกรายการนี้ จะไม่สามารถเบิกค่าตรวจ albumin และ glucose ได้อีก
7.5	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	30	เป็นการตรวจว่ามี white cell, red cell ใน stool เท่าไร
7.6	31203	Occult blood, Stool	Test	30	
7.7	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO_2)	Test	100	
7.8	32002	Blood gas analysis	Test	195	
7.9	32003	Liver function test	Test	290	ประกอบด้วย การตรวจ ALT, AST, Alkaline phosphatase, Direct Bilirubin, Total Bilirubin, Albumin และ Total protein
7.10	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50	
7.11	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	40	
7.12	32202	Creatinine	Test	40	
7.13	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) *(Quantitative)*	Test	40	
7.14	32207	Bilirubin, Direct *(Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound)*	Test	40	
7.15	32208	Bilirubin, Total	Test	40	
7.16	32309	Alkaline phosphatase	Test	40	
7.17	32310	SGOT (AST *Aspartate aminotransferase)*	Test	40	
7.18	32311	SGPT (ALT Alanine aminotransferase)	Test	40	
7.19	32403	Albumin *(Quantitative)*	Test	30	

กรมบัญชีกลาง

หมวดที่ 8

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, Ultrasonography, MRI, Radionuclide scan, และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายา (ถ้ามี) วัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เข็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor เป็นต้น (ต้องไม่นำไปคิดรวมกับค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก) และค่าบริหารจัดการ

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8. ค่าบริการรังสีรักษา					
หมวดการจัดทำอุปกรณ์และการจำลองการฉายรังสี (Patient Immobilization and Image Acquisition)					
8.1	49005	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (3D CT Simulation)	ครั้ง	6,000	ไม่รวม Contrast media
8.2	49006	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์ (2D Simulation)	ครั้ง	1,800	1. ไม่รวม Contrast media 2. รวมค่าฟิล์ม simulator
8.3	49010	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 4 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (4D CT Simulation)	ครั้ง	9,200	ไม่รวม Contrast media
8.4	49011	การถ่ายภาพทางรังสีเอ็มอาร์ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสี แบบเอ็มอาร์ไอ (MRI Simulation)	ครั้ง	8,100	ไม่รวม Contrast media
8.5	49012	การถ่ายภาพทางรังสีเอ็มอาร์ 4 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสี แบบเอ็มอาร์ไอ (4D MRI Simulation)	ครั้ง	14,000	ไม่รวม Contrast media
8.6	49040	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี (Patient Immobilization)	ครั้ง	700	1. ไม่รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ หน้ากาก 2. คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.7	49041	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะ แบบสั้น (Patient Immobilization with short thermoplastic mask)	ครั้ง	3,500	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.8	49042	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะ แบบยาว (Patient Immobilization with long thermoplastic mask)	ครั้ง	5,700	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.9	49060	การฝังอุปกรณ์จุดดัชนีภาพถ่ายรังสี แบบง่าย (Simple Fiducial Marker Insertion)	ครั้ง	12,000	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ ก้อนทอง **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการฝังอุปกรณ์บริเวณต่อมลูกหมากและเต้านม
8.10	49061	การฝังอุปกรณ์จุดดัชนีภาพถ่ายรังสี แบบยาก (Advance Fiducial Marker Insertion)	ครั้ง	17,500	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ ก้อนทอง **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการฝังอุปกรณ์บริเวณปอดและตับ
8.11	49080	การจัดทำอุปกรณ์ปิดกั้นลำรังสีเฉพาะบุคคล (Patient Customized Block)	ครั้ง	500	
8.12	49410	การวางเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Mould Brachytherapy)	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
8.13	49411	การใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Intracavitary Brachytherapy Insertion)	ครั้ง	1,500	

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.14	49412	การฝังเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Interstitial Implantation Brachytherapy)	ครั้ง	4,200	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
8.15	49413	การใส่และการฝังเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Intracavitary + Interstitial Brachytherapy)	ครั้ง	4,800	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
หมวดการคำนวณและวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา (Treatment Planning)					
8.16	49102	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 2 มิติ (2D Treatment Planning)	ครั้ง	500	เครื่อง computer planning
8.17	49103	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโฟตอน แบบครอบคลุมทั่วร่างกาย (Total Body Irradiation (TBI) Photon Treatment Planning)	ครั้ง	20,900	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.18	49104	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative Radiation Therapy (IORT) Treatment Planning)	ครั้ง	700	1. คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา 2. **ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.19	49110	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 3 มิติ (3D Treatment Planning)	ครั้ง	8,000	
8.20	49111	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT) Treatment Planning)	ครั้ง	12,500	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.21	49112	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือการคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด (Stereotactic Radiosurgery (SRS) Treatment Planning / Stereotactic Radiotherapy (SRT) Treatment Planning)	ครั้ง	12,500	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.22	49113	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว (Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) Treatment Planning / Stereotactic Ablative Radiotherapy (SABR) Treatment Planning)	ครั้ง	16,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.23	49114	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 4 มิติ (4D Treatment Planning)	ครั้ง	17,100	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.24	49120	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีอิเล็กตรอน (Electron Beam Therapy Planning)	ครั้ง	300	เครื่อง computer planning
8.25	49121	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีอิเล็กตรอน แบบครอบคลุมผิวหนังทั่วร่างกาย (Total Skin Irradiation (TSI) Electron Treatment Planning)	ครั้ง	12,100	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.26	49430	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบ 2 มิติ (2D Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	900	
8.27	49431	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบ 3 มิติ (3D Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	5,500	
8.28	49432	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา (Eye-plaque Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	15,800	
8.29	49530	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโปรตอน (Proton Beam Therapy Planning)	ครั้ง	20,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
หมวดการทวนสอบตำแหน่ง (ห้องฉายรังสี) (Patient Verification)					
8.30	49160	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยฟิล์ม (Port Film Verification)	ครั้ง	300	ราคานี้รวมค่า film
8.31	49170	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเครื่องถ่ายภาพบนหัวเครื่องฉายรังสี (Electronic Portal Imaging Device (EPID) Verification)	ครั้ง	800	

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.32	49180	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Cone-Beam Computed Tomography (CBCT) Verification / Conventional Computered Tomography Verification)	ครั้ง	2,000	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.33	49190	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอ็มอาร์ไอ และรังสีรักษาปรับตัว (MRI Verification include adaptation radiotherapy)	ครั้ง	10,000	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
หมวดการให้รังสี (Teletherapy)					
8.34	49101	การฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องโคบอลต์ 60 (2D Radiotherapy - Cobalt60)	field	400	
8.35	49201	การฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องเร่งอนุภาค (2D Radiotherapy - LINAC)	field	900	
8.36	49202	การฉายรังสีโฟตอน 2 มิติ ด้วยเครื่องเร่งอนุภาคปรับลำรังสี (2D Radiotherapy- Photon with MLCs)	field	1,100	
8.37	49203	การฉายรังสีอิเล็กตรอน (Electron Beam Therapy)	field	900	
8.38	49206	การฉายรังสีรักษาแบบตื้น (Superficial Radiotherapy / Orthovoltage Radiotherapy)	ครั้ง	400	1. สำหรับการรักษาโรคมะเร็งผิวหนัง 2. ไม่สามารถเบิกในการฉายเพื่อป้องกันการเกิดแผล (keloid)
8.39	49207	การฉายรังสีโฟตอน แบบ 3 มิติ ครอบคลุมทั่วร่างกาย (Total Body Irradiation (TBI) - photon)	Course	98,300	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. เรียกเก็บเงินเมื่อสิ้นสุดการรักษา 3. กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บเงินตามสัดส่วน
8.40	49209	การฉายรังสีอิเล็กตรอน แบบครอบคลุมผิวหนังทั่วร่างกาย (Total Skin Irradiation (TSI) - electron)	Course	171,200	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. เรียกเก็บเงินเมื่อสิ้นสุดการรักษา 3. กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บเงินตามสัดส่วน
8.41	49210	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative Radiotherapy: IORT)	Area	10,800	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.42	49302	การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด (Stereotactic Radiosurgery: SRS)	Course	72,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.43	49303	การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด (Stereotactic Radiotherapy: SRT)	Course	120,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.44	49304	การฉายรังสี แบบ 3 มิติ (3D - Conformal Radiation Therapy: 3D - CRT)	ครั้ง	2,600	
8.45	49306	การฉายรังสี แบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiotherapy: IMRT)	ครั้ง	5,200	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.46	49307	การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว (Stereotactic Body Radiotherapy: SBRT)	Course	140,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.47	49308	การฉายรังสีแบบ 4 มิติ (4D Radiotherapy)	ครั้ง	20,000	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.48	49502	การฉายรังสีโปรตอน (Proton Beam Therapy)	ครั้ง	45,000	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
หมวดการให้รังสีระยะใกล้ (Brachytherapy)					
8.49	49402	การให้รังสีระยะใกล้ (High Dose Rate Brachytherapy)	ครั้ง	7,500	
8.50	49405	การให้รังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา (Eye-plaque brachytherapy)	ครั้ง	66,700	

กรมบัญชีกลาง

ข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายค่าบริการรังสีรักษา

<u>ลำดับที่ 8.8.18</u> การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด

(Intraoperative Radiation Therapy (IORT) Treatment Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.41</u> การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด

(Intraoperative Radiotherapy: IORT)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ หรือมะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน ระยะลุกลามเฉพาะที่ และไม่แพร่กระจาย

   (Locally advanced non-metastatic gastro-intestinal, gynecologic, or soft tissue malignancie)

2. โรคมะเร็งเต้านมระยะ T1N0M0 และผ่านตามเกณฑ์เหมาะสมของสมาคมรังสีรักษาประเทศสหรัฐอเมริกา

   (Breast cancer stage T1N0M0 within ASTRO suitable criteria for APBI)

<u>ลำดับที่ 8.8.20</u> การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบปรับความเข้ม

(Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT) Treatment Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.45</u> การฉายรังสี แบบปรับความเข้ม

(Intensity Modulated Radiotherapy: IMRT)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะไม่แพร่กระจาย หรือมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีการแพร่กระจายปริมาณน้อย

   (Prostate cancer, non-metastasis (M0) or low-volume metastasis (M1))

2. โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ระยะ T1-4 N0-3 M0 ที่หวังหายขาด

   (Head&Neck cancer T1-4 N0-3 M0 with curative aim)

3. เนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง ที่อยู่ใกล้อวัยวะที่ใช้ในการมองเห็น หรือก้านสมอง หรือไขสันหลัง

   (CNS lesion close to optic apparatus or brainstem or spinal cord)

4. โรคมะเร็งที่มีการกลับเป็นซ้ำภายหลังการฉายรังสีที่หวังหายขาด และ ECOG 0-1 หรือ KPS 80-100

   (Local recurrence of cancer after previous radiation with curative aim, ECOG 0-1 or KPS 80-100)

5. โรคมะเร็งเต้านมด้านซ้าย หรือมะเร็งเต้านมที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

   (internal mammary Breast cancer, Left-sided or internal mammary node metastasis)

6. โรคมะเร็งปอด ระยะไม่แพร่กระจาย

   (Lung cancer, non-metastasis (M0))

7. โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะไม่แพร่กระจาย

   (Esophageal cancer, non-metastasis (M0))

8. โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะไม่แพร่กระจาย

   (Gastric cancer, non-metastasis (M0))

9. โรคมะเร็งตับอ่อน ระยะไม่แพร่กระจาย

   (Pancreatic cancer, non-metastasis (M0))

10. โรคมะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนในช่องท้อง/ในโพรงหลังเยื่อบุช่องท้อง

    (Retroperitoneal soft tissue sarcoma)

11. โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ในตำแหน่งต่อไปนี้
(Hematologic malignancies in the following locations:)
- ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system)
- ศีรษะและลำคอ (head and neck)
- ทรวงอก (thoracic region)
- ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน (abdomen and pelvis)
12. โรคมะเร็งลำไส้ตรง ระยะ T4 N0-3 M0
(Rectal cancer T4N0-3M0)
13. โรคมะเร็งทวารหนัก ระยะไม่แพร่กระจาย
(Anal canal cancer, non-metastasis (M0))
14. โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ระยะไม่แพร่กระจาย
(Gynecological cancer, non-metastasis (M0))
15. โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ภายหลังการผ่าตัด
(Gynecological cancer, postoperative radiotherapy)
16. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะไม่แพร่กระจาย
(Hepatobiliary cancer, non-metastasis (M0))
17. โรคมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ระยะไม่แพร่กระจาย
(Genitourinary tract cancer, non-metastasis (M0))
18. โรคมะเร็งในเด็ก
(Pediatric cancer)

<u>ลำดับที่ 8.8.21</u> **การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือการคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด**
(Stereotactic Radiosurgery (SRS) Treatment Planning / Stereotactic Radiotherapy (SRT) Treatment Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.42</u> **การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด**
(Stereotactic Radiosurgery: SRS)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้
1. โรคหลอดเลือดผิดปกติเอวีเอ็ม
(Arteriovenous malformation)
2. เนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง ที่มีขนาดไม่เกิน 3 ซม.
(Primary CNS tumor with tumor size ≤ 3 cm)
3. ปวดเส้นประสาทใบหน้าที่การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และไม่เหมาะกับการผ่าตัด
(Trigeminal neuralgia patient who failed medical treatment and not suitable for surgery (SRS))
4. โรคมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง (ไม่เกิน 2 คอร์ส) (รังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัด)
(Brain metastasis (maximum 2 courses) (SRS, SRT))

ในกรณีดังต่อไปนี้
- การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัดเพียงอย่างเดียว ในกรณีมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมองจำนวน 1-4 ก้อนที่ไม่ได้ผ่าตัด หรือ 1-2 ก้อนหลังการผ่าตัด และมี KPS≥70
(SRS/SRT alone for 1-4 unresected BM or 1-2 resected BM with KPS≥70)

กรมบัญชีกลาง

- การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัด ร่วมกับการฉายรังสีทั้งสมอง ในกรณีมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมองจำนวนมากกว่า 4 ก้อนที่ไม่ได้ผ่าตัด หรือมากกว่า 2 ก้อนหลังการผ่าตัด และมี KPS≥70

(SRS/SRT combined with WBRT for >4 unresected BM or >2 resected BM with KPS≥70)

<u>ลำดับที่ 8.8.43</u> **การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด**

(Stereotactic Radiotherapy: SRT)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง ที่มีขนาดไม่เกิน 6 ซม. (รังสีร่วมพิกัด)
   (Primary CNS tumor with tumor size ≤ 6 cm (SRT))
2. โรคมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง (ไม่เกิน 2 คอร์ส) (รังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัด)
   (Brain metastasis (maximum 2 courses) (SRS, SRT))

ในกรณีดังต่อไปนี้

- การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัดเพียงอย่างเดียว ในกรณีมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมองจำนวน 1-4 ก้อนที่ไม่ได้ผ่าตัด หรือ 1-2 ก้อนหลังการผ่าตัด และมี KPS≥70

(SRS/SRT alone for 1-4 unresected BM or 1-2 resected BM with KPS≥70)

- การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือรังสีร่วมพิกัด ร่วมกับการฉายรังสีทั้งสมอง ในกรณีมะเร็งแพร่กระจาย มาที่สมองจำนวนมากกว่า 4 ก้อนที่ไม่ได้ผ่าตัด หรือมากกว่า 2 ก้อนหลังการผ่าตัด และมี KPS≥70

(SRS/SRT combined with WBRT for >4 unresected BM or >2 resected BM with KPS≥70)

<u>ลำดับที่ 8.8.22</u> **การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว**

(Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) Treatment Planning/ Stereotactic Ablative Radiotherapy (SABR) Treatment Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.46</u> **การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว**

(Stereotactic Body Radiotherapy: SBRT)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. โรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก ระยะ T1-2 N0-1 M0 ที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด
   (Non-small cell lung cancer T1-2 N0-1 M0 with medical inoperable status)
2. โรคมะเร็งช่องท้องส่วนบน ระยะไม่แพร่กระจาย ที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด
   (Upper abdominal cancer M0 with medical inoperable status)
3. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะ N0 M0
   (Hepatobiliary cancer N0 M0)
4. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง
   (Prostate cancer, low-intermediate risk)
5. โรคมะเร็งที่มีการกลับเป็นซ้ำภายหลังการฉายรังสี ที่หวังหายขาด และ ECOG 0-1 หรือ KPS 80-100
   (Local recurrence of cancer after previous radiation with curative aim, ECOG 0-1 or KPS 80-100)
6. เนื้องอกบริเวณสันหลังที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือไม่เหมาะกับการผ่าตัด
   (Spinal lesion including primary inoperable tumor or with medical inoperable status)
7. โรคมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง (ไม่เกิน 1 คอร์ส) ที่โรคมีการแพร่กระจายไม่เกิน 5 ตำแหน่ง และไม่มีการกดทับไขสันหลัง

(Vertebral metastasis (maximum 1 course) (oligometastatic disease ≤5 systemic metastases, no cord compression))

8. โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย 1-5 ตำแหน่งและไม่มีการกำเริบที่มะเร็งต้นกำเนิด

(Oligometastasis with controlled primary tumor)

<u>ลำดับที่ 8.8.23</u> **การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 4 มิติ**

(4D Treatment Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.47</u> **การฉายรังสีแบบ 4 มิติ**

(4D Radiotherapy)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. โรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก ระยะ T1-2 N0-1 M0 ที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด หรือระยะ T1-2 N0-1 M0 ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยา

(non-small cell lung cancer T1-2 N0-1 M0 with medical inoperable status or restaging T1-2 N0-1 from systemic treatment)

2. โรคมะเร็งช่องท้องส่วนบน ระยะไม่แพร่กระจาย ที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด

(Upper gastro-intestinal cancer M0 with medical inoperable status)

3. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะไม่แพร่กระจาย ที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด

(Hepatobiliary cancer M0 with medical inoperable status)

<u>ลำดับที่ 8.8.29</u> **การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโปรตอน**

(Proton Beam Therapy Planning)

<u>ลำดับที่ 8.8.48</u> **การฉายรังสีโปรตอน**

(Proton Beam Therapy)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เนื้องอกและมะเร็งในเด็ก (อายุไม่เกิน 15 ปี) ที่หวังหายขาด

(Primary or benign solid tumors in children treated with curative intent)

2. เนื้องอกและมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาด้วยรังสีเอกซ์/โฟตอนได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (CTCAE ความรุนแรงระดับ 4-5)

(Tumors that cannot be achieved with OARs constraint by photon due to possibility of life-threatening complications (CTCAE grade 4-5 complications))

<u>ลำดับที่ 8.8.32</u> **การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์**

(Cone-Beam Computed Tomography (CBCT) Verification/ Conventional Computered Tomography Verification)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสีทุกวัน สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมาก

(daily verification for Prostate Cancer)

2. การใช้ภาพเอกซเรย์เพื่อช่วยกำหนดตำแหน่งผู้ป่วยระหว่างการฉายรังสีในโรคอื่น ๆ โดยเฉลี่ยไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

(Verification for other cancers ≤2 times per week)

กรมบัญชีกลาง

<u>ลำดับที่ 8.8.33</u> การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอ็มอาร์ไอ และรังสีรักษาปรับตัว

(MRI Verification include adaptation radiotherapy)

ใช้สำหรับข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เนื้องอกหรือมะเร็งที่มีค่าความเข้มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่สม่ำเสมอ และ/หรือก้อนมีการเคลื่อนไหว เช่น ก้อนในปอด มะเร็งตับอ่อน มะเร็งในตับหรือมะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับ มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งในอุ้งเชิงกราน มะเร็งเต้านม การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอย่างจำกัด การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังไตและต่อมหมวกไต

(Tumors with homogenous CT density and/or moving targets เช่น lung lesions, pancreatic cancer, primary or secondary liver tumors, head-and-neck cancers, prostate cancer and other pelvic tumor, breast cancer, lymph nodes or other Oligometastasis, kidney and adrenal gland metastases)

2. เนื้องอกหรือมะเร็งที่มีการลดขนาดอย่างต่อเนื่อง และ/หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในระหว่างการฉายรังสี เช่น เนื้องอกและมะเร็งในสมองและสันหลัง

(Evolving tumor shrinkage and/or anatomical changes during radiation ext. brain and spine tumor)

กรมบัญชีกลาง

หมวดที่ 6

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต หมายถึง ค่าจัดการบริการการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (Whole Blood) เม็ดโลหิตแดง (Packed Red Cell) พลาสมาสด (Fresh Plasma หรือ Fresh Frozen Plasma) เกล็ดโลหิต (Platelet Concentrate) พลาสมา (Plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้บริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิตด้วย

ค่าบริการส่วนประกอบของโลหิต แบ่งออกเป็นสองส่วน คือส่วนที่รับบริการต่อจากสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นรายการที่มีการตรวจ Nucleic acid Amplification Technology (NAT) ทุก Unit แล้ว และส่วนที่สถานพยาบาลต้องรับบริจาคเอง

ราคาที่กำหนด เป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ ถุงบรรจุโลหิต และการเตรียมส่วนประกอบของโลหิต

การใช้ Leukocyte depletion filter ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้เป็น Leukocyte depleted products ให้คิดราคาเป็น Leukocyte depleted products

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา (บาท)	หมายเหตุ
6.1	22114	Cross matching - Tube method	unit	80	
6.2	22115	Cross matching - Gel method	unit	150	
6.3	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	540	
6.4	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	520	
6.5	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	unit	1,500	รวมค่า filtration set
6.6	23252	PRC (NAT)	unit	700	
6.7	23253	Leukocyte Poor PRC	unit	550	
6.8	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	unit	700	
6.9	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	unit	340	
6.10	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200	
6.11	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.12	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	unit	7,000	
6.13	23351	Random Platelet Concentrate	unit	400	
6.14	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
6.15	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	

หมวดที่ 7

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา หมายถึง ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา (บาท)	หมายเหตุ
7.1	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90	รวม platelet count
7.2	30102	Complete blood count without smear	Test	60	
7.3	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	30	
7.4	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) *PANEL.UA*	Test	60	รวมค่าตรวจ albumin, glucose หากเบิกรายการนี้ จะไม่สามารถเบิกค่าตรวจ albumin และ glucose ได้อีก
7.5	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	30	เป็นการตรวจว่ามี white cell, red cell ใน stool เท่าไร
7.6	31203	Occult blood, Stool	Test	30	
7.7	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO_2)	Test	100	
7.8	32002	Blood gas analysis	Test	195	
7.9	32003	Liver function test	Test	290	ประกอบด้วย การตรวจ ALT, AST, Alkaline phosphatase, Direct Bilirubin, Total Bilirubin, Albumin และ Total protein
7.10	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50	
7.11	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	40	
7.12	32202	Creatinine	Test	40	
7.13	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) *(Quantitative)*	Test	40	
7.14	32207	Bilirubin, Direct *(Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound)*	Test	40	
7.15	32208	Bilirubin, Total	Test	40	
7.16	32309	Alkaline phosphatase	Test	40	
7.17	32310	SGOT (AST *Aspartate aminotransferase)*	Test	40	
7.18	32311	SGPT (ALT Alanine aminotransferase)	Test	40	
7.19	32403	Albumin *(Quantitative)*	Test	30	

หมวดที่ 8

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, Ultrasonography, MRI, Radionuclide scan, และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายา (ถ้ามี) วัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เข็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor เป็นต้น (ต้องไม่นำไปคิดรวมกับค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก) และค่าบริหารจัดการ

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8. ค่าบริการรังสีรักษา					
หมวดการจัดทำอุปกรณ์และการจำลองการฉายรังสี (Patient Immobilization and Image Acquisition)					
8.1	49005	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 3 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (3D CT Simulation)	ครั้ง	6,000	ไม่รวม Contrast media
8.2	49006	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์ (2D Simulation)	ครั้ง	1,800	1. ไม่รวม Contrast media 2. รวมค่าฟิล์ม simulator
8.3	49010	การถ่ายภาพจำลองการฉายรังสี 4 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (4D CT Simulation)	ครั้ง	9,200	ไม่รวม Contrast media
8.4	49011	การถ่ายภาพทางรังสีเอ็มอาร์ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสี แบบเอ็มอาร์ไอ (MRI Simulation)	ครั้ง	8,100	ไม่รวม Contrast media
8.5	49012	การถ่ายภาพทางรังสีเอ็มอาร์ 4 มิติ ด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสี แบบเอ็มอาร์ไอ (4D MRI Simulation)	ครั้ง	14,000	ไม่รวม Contrast media
8.6	49040	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี (Patient Immobilization)	ครั้ง	700	1. ไม่รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ หน้ากาก 2. คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.7	49041	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะ แบบสั้น (Patient Immobilization with short thermoplastic mask)	ครั้ง	3,500	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.8	49042	การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะ แบบยาว (Patient Immobilization with long thermoplastic mask)	ครั้ง	5,700	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.9	49060	การฝังอุปกรณ์จุดดัชนีภาพถ่ายรังสี แบบง่าย (Simple Fiducial Marker Insertion)	ครั้ง	12,000	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ ก้อนทอง **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการฝังอุปกรณ์บริเวณต่อมลูกหมากและเต้านม
8.10	49061	การฝังอุปกรณ์จุดดัชนีภาพถ่ายรังสี แบบยาก (Advance Fiducial Marker Insertion)	ครั้ง	17,500	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ ก้อนทอง **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการฝังอุปกรณ์บริเวณปอดและตับ
8.11	49080	การจัดทำอุปกรณ์ปิดกั้นลำรังสีเฉพาะบุคคล (Patient Customized Block)	ครั้ง	500	
8.12	49410	การวางเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Mould Brachytherapy)	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
8.13	49411	การใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Intracavitary Brachytherapy Insertion)	ครั้ง	1,500	

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.14	49412	การฝังเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Interstitial Implantation Brachytherapy)	ครั้ง	4,200	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
8.15	49413	การใส่และการฝังเครื่องมือรังสีระยะใกล้ (Intracavitary + Interstitial Brachytherapy)	ครั้ง	4,800	รวมวัสดุสิ้นเปลือง ได้แก่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่ สายพลาสติกสำหรับใส่แร่แบบมีตัวยึด เข็มพลาสติกสำหรับใส่แร่ และตัวนำสำหรับใส่แร่
หมวดการคำนวณและวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา (Treatment Planning)					
8.16	49102	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 2 มิติ (2D Treatment Planning)	ครั้ง	500	เครื่อง computer planning
8.17	49103	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโฟตอน แบบครอบคลุมทั่วร่างกาย (Total Body Irradiation (TBI) Photon Treatment Planning)	ครั้ง	20,900	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.18	49104	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative Radiation Therapy (IORT) Treatment Planning)	ครั้ง	700	1. คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา 2. **ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.19	49110	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 3 มิติ (3D Treatment Planning)	ครั้ง	8,000	
8.20	49111	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT) Treatment Planning)	ครั้ง	12,500	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.21	49112	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด หรือการคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด (Stereotactic Radiosurgery (SRS) Treatment Planning / Stereotactic Radiotherapy (SRT) Treatment Planning)	ครั้ง	12,500	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.22	49113	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว (Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) Treatment Planning / Stereotactic Ablative Radiotherapy (SABR) Treatment Planning)	ครั้ง	16,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.23	49114	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสี แบบ 4 มิติ (4D Treatment Planning)	ครั้ง	17,100	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.24	49120	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีอิเล็กตรอน (Electron Beam Therapy Planning)	ครั้ง	300	เครื่อง computer planning
8.25	49121	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีอิเล็กตรอน แบบครอบคลุมผิวหนังทั่วร่างกาย (Total Skin Irradiation (TSI) Electron Treatment Planning)	ครั้ง	12,100	คิดค่าใช้จ่ายครั้งเดียวตลอดการรักษา
8.26	49430	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบ 2 มิติ (2D Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	900	
8.27	49431	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบ 3 มิติ (3D Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	5,500	
8.28	49432	การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา (Eye-plaque Brachytherapy Treatment Planning)	ครั้ง	15,800	
8.29	49530	การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโปรตอน (Proton Beam Therapy Planning)	ครั้ง	20,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
หมวดการทวนสอบตำแหน่ง (ห้องฉายรังสี) (Patient Verification)					
8.30	49160	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยฟิล์ม (Port Film Verification)	ครั้ง	300	ราคานี้รวมค่า film
8.31	49170	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเครื่องถ่ายภาพบนหัวเครื่องฉายรังสี (Electronic Portal Imaging Device (EPID) Verification)	ครั้ง	800	

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.32	49180	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Cone-Beam Computed Tomography (CBCT) Verification / Conventional Computered Tomography Verification)	ครั้ง	2,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.33	49190	การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี ด้วยเอ็มอาร์ไอ และรังสีรักษาปรับตัว (MRI Verification include adaptation radiotherapy)	ครั้ง	10,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
หมวดการให้รังสี (Teletherapy)					
8.34	49101	การฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องโคบอลต์ 60 (2D Radiotherapy - Cobalt60)	field	400	
8.35	49201	การฉายรังสี 2 มิติ ด้วยเครื่องเร่งอนุภาค (2D Radiotherapy - LINAC)	field	900	
8.36	49202	การฉายรังสีโฟตอน 2 มิติ ด้วยเครื่องเร่งอนุภาคปรับลำรังสี (2D Radiotherapy- Photon with MLCs)	field	1,100	
8.37	49203	การฉายรังสีอิเล็กตรอน (Electron Beam Therapy)	field	900	
8.38	49206	การฉายรังสีรักษาแบบตื้น (Superficial Radiotherapy / Orthovoltage Radiotherapy)	ครั้ง	400	1. สำหรับการรักษาโรคมะเร็งผิวหนัง 2. ไม่สามารถเบิกในการฉายเพื่อป้องกันการเกิดแผล (keloid)
8.39	49207	การฉายรังสีโฟตอน แบบ 3 มิติ ครอบคลุมทั่วร่างกาย (Total Body Irradiation (TBI) - photon)	Course	98,300	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. เรียกเก็บเงินเมื่อสิ้นสุดการรักษา 3. กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บเงินตามสัดส่วน
8.40	49209	การฉายรังสีอิเล็กตรอน แบบครอบคลุมผิวหนังทั่วร่างกาย (Total Skin Irradiation (TSI) - electron)	Course	171,200	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. เรียกเก็บเงินเมื่อสิ้นสุดการรักษา 3. กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บเงินตามสัดส่วน
8.41	49210	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative Radiotherapy: IORT)	Area	10,800	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.42	49302	การฉายรังสีศัลยกรรมร่วมพิกัด (Stereotactic Radiosurgery: SRS)	Course	72,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. **ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.43	49303	การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัด (Stereotactic Radiotherapy: SRT)	Course	120,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. **ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.44	49304	การฉายรังสี แบบ 3 มิติ (3D - Conformal Radiation Therapy: 3D - CRT)	ครั้ง	2,600	
8.45	49306	การฉายรังสี แบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiotherapy: IMRT)	ครั้ง	5,200	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.46	49307	การฉายรังสี แบบรังสีร่วมพิกัดบริเวณลำตัว (Stereotactic Body Radiotherapy: SBRT)	Course	140,000	1. คิดค่าใช้จ่ายเป็นคอร์สการรักษา 2. **ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.47	49308	การฉายรังสีแบบ 4 มิติ (4D Radiotherapy)	ครั้ง	20,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
8.48	49502	การฉายรังสีโปรตอน (Proton Beam Therapy)	ครั้ง	45,000	**ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ**
หมวดการให้รังสีระยะใกล้ (Brachytherapy)					
8.49	49402	การให้รังสีระยะใกล้ (High Dose Rate Brachytherapy)	ครั้ง	7,500	
8.50	49405	การให้รังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา (Eye-plaque brachytherapy)	ครั้ง	66,700	