



ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๙๒

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ปรับปรุงและประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เพิ่มเติม

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๙๓ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๔๙๕ ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

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

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กรมบัญชีกลางได้ประกาศกำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ให้ส่วนราชการทราบและถือปฏิบัติ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้อัตราค่าบริการฯ มีความเหมาะสม ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล และลดภาระการทอดวงจ่ายของผู้มีสิทธิ รวมทั้งเพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง จึงเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการฯ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติ ให้ส่วนราชการและสถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกอัตราค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ บางรายการ พร้อมทั้งประกาศอัตราค่าบริการฯ เพิ่มเติม ดังนี้

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

๑.๑.๑ Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)

๑.๑.๒ SLE ที่มีอาการรุนแรงมากและรักษาด้วยยากดภูมิขนาดสูงแล้วไม่ได้ผล

๑.๑.๓ ANCA-associated rapidly progressive glomerulonephritis กรณี Dialysis dependence หรือ Diffuse alveolar hemorrhage

๑.๑.๔ Anti-glomerular basement membrane กรณี Diffuse alveolar hemorrhage หรือ Dialysis independence

๑.๑.๕ Focal segmental glomerulosclerosis กรณี Recurrent in transplanted kidney

๑.๑.๖ ...

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

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

๑.๒ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

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

๑.๒.๒ กำหนดอัตราค่าบริการฯ เพิ่มเติม จำนวน ๕๖ รายการ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

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

(๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ หมายถึง

(๑.๑) แพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรทางสาขาเวชพันธุศาสตร์

(๑.๒) แพทย์ผู้ได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตทางมนุษยพันธุศาสตร์

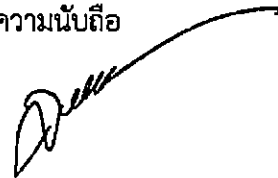
(๒) หากสถานพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์ ให้แพทย์ผู้รักษาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชพันธุศาสตร์จากสถานพยาบาลอื่น และให้ระบุในเวชระเบียนว่าได้รับการปรึกษาจากแพทย์ท่านใด สถานพยาบาลใด และเมื่อใด ก่อนอนุมัติการตรวจ

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

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

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

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐-๑

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

รายละเอียดการปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกรายการ
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์

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



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



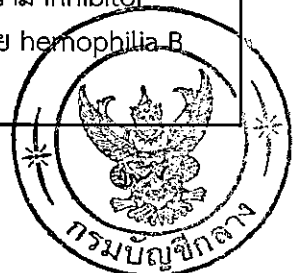
ลำดับ	รหัสรายการ	รายละเอียดการแก้ไข/ยกเลิกรายการ	
		เดิม	ใหม่
13. IMMUNO			
13.6	37350	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome"	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ hypereosinophilic syndrome หรือ ใช้วินิจฉัยและติดตามการรักษา Allergic broncho-pulmonary aspergillosis และ severe allergy"
13.7	37201	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และ ผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion therapy"	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders, CLL และ ผู้ป่วยที่ได้ B-cell depletion therapy หรือ สำหรับ immunodeficiency disorders"
13.8	37206	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia"	ข้อบ่งชี้ "สำหรับ plasma cell disorders และ Waldenstrom macroglobulinemia หรือ สำหรับ immunodeficiency disorders"
15. ALLELRGY		แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต คอ นาสสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย	แพทย์เฉพาะทางที่สามารถส่งตรวจ 1. อายุรแพทย์โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง 2. กุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ 3. โสต คอ นาสสิกแพทย์ 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา 5. แพทย์ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย 6. กุมารแพทย์ด้านโภชนาการ



หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

เฉพาะรายการค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (เพิ่มเติม)

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



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



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



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



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



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



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



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

