



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
Electronic-mail เลขที่.....
ผู้ส่ง.....
วันที่.....

ที่ สน ๐๐๓๒.๐๐๕/ ๖๗๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ถนนศูนย์ราชการ สน ๔๗๐๐๐

๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งแนวทางเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอก(OP)ภายในจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โรงพยาบาลวานรนิวาส
โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลค่ายกฤษณ์ สีวะรา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

จำนวน ๔ ฉบับ

๒.อัตราค่าบริการตรวจวินิจฉัยและหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

จำนวน ๓ ฉบับ

๓.ค่าบริการทางทันตกรรม

จำนวน ๘ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยนอกเขตภายในจังหวัดสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับบริการทางการแพทย์ ให้เป็นไปตามข้อตกลงภายในจังหวัด ซึ่งจังหวัดสกลนครได้กำหนดแนวทางปฏิบัติและกำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) และถือเป็นแนวทางปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการปรับปรุงแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม และได้ผ่านความเห็นชอบของ คปสจ. ในการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ และ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕ แล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงขอแจ้งแนวทางการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑-๓ และขอให้ใช้แนวทางและอัตราค่าบริการนี้ ในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชย สำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายธราพงษ์ กัปปโก)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

งานประกันสุขภาพ

โทร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๑๑-๑๒๑๓

E-mail : tungting๒๐๐๕@hotmail.com

ผู้ประสานงาน: นางดาราทิพย์ ฤทธิร่วม

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”

แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จังหวัดสกลนคร
กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด
ปีงบประมาณ 2565

เริ่มใช้ 1กุมภาพันธ์ 2565

อัตราค่าบริการทางการแพทย์ จังหวัดสกลนคร (กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด) ปีงบประมาณ 2565

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2565	เงื่อนไข
<p>1. บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (A&E) การวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้ โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน</p> <p>1.3 โรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต</p> <p>1.4 โรคหรือลักษณะอาการของ โรคที่คณะกรรมการกำหนด (ทั้งนี้...ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์และคำนึงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการป่วย)</p>	<p>ผู้ป่วยนอก -ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 700 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ -กรณีฉุกเฉินครั้งแรก ไม่ได้รับยาใดๆ คิดค่าบริการ 50 บาท (อัตราค่าตรวจพิเศษตามเอกสารแนบหมายเลขหน้า1-3)</p> <p>หมายเหตุ :- การเย็บแผลไม่ให้คิดแยกวัสดุเวชภัณฑ์ คิดเหมา เซตเย็บ 350 บาท : กรณีที่มีการสร้างแผลที่เป็นแผลเรื้อรัง ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท ต่อ 7 วัน ยกเว้น กรณีที่มีการจ่ายยาเพิ่มในครั้งต่อมาให้คิดแยกจากราคาสั่งแผลในครั้งแรก : กรณีทำกายภาพบำบัด ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท / 7 วัน ยกเว้นกรณีมีการจ่ายยาเพิ่ม (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p> <p>-กรณีมีการจ่ายยาเพิ่มในการสร้างแผลและกายภาพบำบัด คิดเหมาจ่าย 150 บาท/7 วันบวกค่ายาเพิ่มตามราคาที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท</p>	<p>-การคิดเหมาจ่ายการล้างแผลเริ่มนับวันที่เริ่มล้างแผล ถัดจากวันแรกที่รับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน</p> <p>-การนับจำนวนครั้งในการล้างแผลและทำกายภาพบำบัด หากเกิน 7 วัน เช่น 10 วัน สิ้นสุดการรักษา คิดเหมาจ่าย เป็น 150+150 รวม 300 บาท</p> <p>-การฉีดวัคซีน TT กรณี AE เรียกเก็บตามราคาวัคซีนของรพ.รวมในอัตรา AE</p> <p>-การพ่นยากรณีฉุกเฉินที่มากกว่า 1 ครั้งใน Visit เดียวกันให้เรียกเก็บเป็นกรณีAE เพิ่มค่าพ่นยา 1 ครั้ง</p> <p>-ไม่ให้มีการเรียกเก็บในรายอุบัติเหตุจราจรที่ใช้สิทธิพรบ.รถ ยังไม่เต็มจำนวน</p>
<p>2.บริการกรณี</p> <p>-ผู้ป่วยนอกทั่วไปต่าง CUP</p> <p>-ผู้ป่วยWalk In ที่ไม่เข้าเกณฑ์การเบิกจ่ายของ สปสช.</p> <p>-ผู้ป่วยนัด</p>	<p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพศ./รพท. เรียกเก็บ รพศ./รพท. 450 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพศ./รพท เรียกเก็บ รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 300 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ เรียกเก็บ รพช. 200 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 4. รพสต. เรียกเก็บ รพช./รพท./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 40 บาท /ครั้ง <p>หมายเหตุ - กรณีที่มีการสร้างแผลที่เป็นแผลเรื้อรัง ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท ต่อ 7 วัน ยกเว้น กรณีที่มีการจ่ายยาเพิ่มในครั้งต่อมาให้คิดแยกจากราคาสั่งแผลในครั้งแรก -กรณีทำกายภาพบำบัด ให้คิดราคาเหมาจ่าย 150 บาท / สัปดาห์ยกเว้นกรณีมีการจ่ายยาเพิ่ม (เริ่มนับจากวันแรกของการรับบริการ)</p>	<p>-รพศ. / รพท. หมายถึง รพ.สกลนคร, รพร.สว่างแดนดินและรพ.วานรนิวาส</p> <p>_กรณี Walk in ใน รพศ.และ รพท. (ที่อยู่ในเกณฑ์การ Walk in ของ สปสช.) เรียกเก็บจาก สปสช. ผ่านระบบue-claim</p> <p>-การนัดDrip ยา เรียกเก็บVisitละ 100 บาท</p> <p>-การนัดฉีดยา/TT เหมาจ่าย Visitละ 50 บาท</p> <p>-กรณีโรคเรื้อรังที่จ่ายยาเกิน 1 เดือน ให้เรียกเก็บแบบเหมาจ่ายในเดือนที่ผู้ป่วยมารับบริการ สำหรับเดือนถัดๆไป ให้จ่ายตามราคาจริงแต่ไม่เกิน 300 บาท/เดือน (จ่ายยาเกิน15วันนับเป็น 1เดือน)</p>

อัตราค่าบริการทางการแพทย์ จังหวัดสกลนคร (กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด) ปีงบประมาณ 2565

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2565	เงื่อนไข
3.บริการทันตกรรมข้าม CUP	เรียกเก็บและจ่ายชดเชยตามอัตราค่าบริการทางทันตกรรม ปี 2559 (ตามเอกสารแนบ หมายเลข2 หน้า1-8)	-ไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการอื่นๆเพิ่มเติม -หากการให้บริการ มีโครงการพิเศษให้ขอรับการชดเชยจากโครงการพิเศษ
4.ค่า Rabies Vaccine (PCEC และ VeroRabies Vaccine)	<p>เนื่องจากปี 2565 ได้รับการสนับสนุนวัคซีนพิษสุนัขบ้าจาก สปสช.แล้ว จึงไม่มีการเรียกเก็บค่าวัคซีนให้เรียกเก็บค่าบริการฉีด - ค่าบริการรวมค่าฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า ครั้งละ 50 บาท - ฉีดซีรัม เรียกเก็บ 0.84.บาท ต่อ Unit</p> <p>หมายเหตุ 1.กรณีที่ทำ Dressing แผลที่สุนัขกัด และมีการให้การรักษายาบาล เช่นให้ยา ให้เรียกเก็บ ตามหลักเกณฑ์อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน คือ เรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 700 บาท และเก็บบริการฉีดวัคซีนและค่าซีรัมตามราคาข้อตกลงข้างต้น</p> <p>2. การฉีดซีรัมไม่คิดค่าฉีดยาเพิ่มจากราคาข้างต้น</p> <p>3.หากมีการให้ยาหรือทำแผลต่อเนื่อง ให้คิดค่ายาและค่าทำแผลเหมาจ่ายตามเงื่อนไข</p> <p>*** กรณีวัคซีนพื้นฐาน ไม่ให้มีการเรียกเก็บเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุข ได้หักค่าวัคซีนจากรายหัว UC แต่ละ Cup ใช้ตัวเลขจากข้อมูลการใช้วัคซีนของอำเภอ</p>	<p>*การคิดราคากรณีมียาเพิ่มในการล้างแผลและถ่ายภาพบาดบัต คิดเหมาจ่าย150 บาท/7 วัน บวกค่ายาเพิ่มตามราคาที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท</p> <p>*การนับจำนวนครั้งในการล้างแผลและทำถ่ายภาพบาดบัต หากเกิน 7 วัน เช่น 10 วัน สิ้นสุดการรักษา คิดเหมาจ่าย เป็น 150+150 รวม 300 บาท</p>
5. บริการวางแผนครอบครัว การรับบริการต่าง CUP	<p>การให้บริการวางแผนครอบครัว เรียกเก็บดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ยาเม็ด 40 บาท -ยาฉีด 60 บาท -ห่วงอนามัย 500 บาท (การ off ห่วงเรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน700 บาท) -ยาฝัง 2,200 บาท (รวมค่าบริการใส่และถอดและกรณีให้ยาเพิ่มด้วยแล้ว) <p>:หากหน่วยบริการที่ทำการ Off ยาฝัง ไม่ใช่หน่วยบริการที่ให้บริการเริ่มต้น ให้เรียกเก็บตามอัตราเหมาจ่ายการให้บริการผู้ป่วยนอกของแต่ละระดับ</p>	<p>* กรณีผู้รับบริการยาฝังและห่วงอนามัยอายุต่ำกว่า20 ปี ให้เบิกในระบบ e-Claim สปสช.</p> <p>-รพสต./รพช./รพ.ค่ายกฤษณณ์/ รพท.เรียกเก็บอัตราเดียวกัน</p>
6.การเรียกเก็บค่ายาสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย รพร.สว่างแดนดิน	<p>1.กรณีรับบริการทางการแพทย์และรับยาอื่น ๆพร้อมกับรับยาสูตรสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ให้เรียกเก็บและจ่ายชดเชยตามข้อตกลงอัตราเรียกเก็บภายในจังหวัดและจ่ายเพิ่มค่ายาเบญจอำมฤตย์ เม็ดละ 5.50บาท</p> <p>2.กรณีผู้ป่วยมารับยาสูตรสมุนไพรเบญจอำมฤตย์ ให้เรียกเก็บและชดเชยค่าบริการ 50 บาท และจ่ายเพิ่มจ่ายเพิ่มค่ายาเบญจอำมฤตย์ เม็ดละ 5.50บาท</p>	

อัตรการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จังหวัดสกลนคร (กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด) ปีงบประมาณ 2565

ประเภท	หลักเกณฑ์ ปี 2565	เงื่อนไข
<p>7.การให้บริการแรงงานต่างด้าว สัญชาติ ลาว พม่า กัมพูชา ที่ประกันสุขภาพ กับหน่วยบริการ (เป็นระบบการส่งต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน เรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 700 บาท / ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษตามข้อตกลงของอัตรารายในจังหวัด เหมือนผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง</p> <p>ผู้ป่วยส่งต่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพศ./รพท. เรียกเก็บ รพศ./รพท. 450 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 2. รพศ./รพท เรียกเก็บ รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ 300 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ 3. รพช./รพ.ค่ายกฤษณ์ฯ เรียกเก็บ รพช. 200 บาท /ครั้ง และจ่ายเพิ่มค่าตรวจพิเศษ <p>-กรณีแรงงานต่างด้าวอยู่ในเขตรอยต่อสามารถเลือกซื้อประกันสุขภาพในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงและสะดวกในการไปรับบริการได้</p> <p>ผู้ป่วยใน - จ่ายตามค่า Adj. RW โดยให้ทำการเรียกเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่า Adj RW < 4 เท่านั้น ให้คิดหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ 6,000 บาท (กรณีการให้บริการค่าใช้จ่ายสูง Adj RW > 4 เรียกเก็บตามระบบ E - claim ในกองทุนประกันตนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข)</p>	<p>-มีเงื่อนไขเหมือนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินและกรณีส่งต่อในจังหวัด ของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพคนไทย</p> <p>-ใช้เอกสารเรียกเก็บและตามจ่ายชดเชยตามปกติ เอกสารประกอบการเบิกจ่าย</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.นค. 1 สำเนาบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สำเนาใบส่งต่อหรือใบนัด <p>ผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนา Statement สำเนาบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สำเนาใบส่งต่อ
<p>8.บริการผู้ป่วยกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัว (เป็นระบบการส่งต่อ)</p>	<p>-ผู้ป่วยนอก ใช้อัตรค่าบริการเช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิบัตรทองในบริการตามข้อตกลงข้างต้น</p> <p>-ผู้ป่วยใน เรียกเก็บในโปรแกรมผ่าน ระบบ e-claim ของ สปสช. (จ่ายเงินโดย กองเศรษฐกิจสุขภาพ สปสช.)</p>	<p>ใช้เอกสารในการเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอกระหว่างหน่วยบริการ</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.นค. 1 สิทธิหน้า Webกองทุน STP สำเนาใบส่งต่อหรือใบนัด

หมายเหตุ

1. หากการให้บริการใดๆที่ไม่ได้อยู่ในข้อตกลงนี้ ไม่ให้มีการเรียกเก็บระหว่างกัน
2. ผู้ป่วยที่รับบริการในโครงการพิเศษทุกโครงการ ที่มีงบประมาณสนับสนุนแล้ว ไม่ให้นำมาเรียกเก็บระหว่างกัน
3. การเรียกเก็บค่าตรวจพิเศษตามข้อตกลงของจังหวัดเท่านั้น (รายการตรวจพิเศษที่ทำการเรียกเก็บในจังหวัดสกลนครตามเอกสารแนบ)
4. ให้ CUP ถูกบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OP Claim (I-claim) ภายในจังหวัด ภายใน 30 วัน หลังจากรับบริการในข้อตกลง และ CUP ที่ต้องชดเชย จะต้องเข้าไปอนุมัติหรือทำการอุทธรณ์ การจ่าย ภายใน 10 วัน หลังจากได้รับข้อมูลการเรียกเก็บในโปรแกรม หากไม่ดำเนินการใดๆภายใน 30 วันหลังจากข้อมูลเรียกเก็บเข้าสู่ระบบ ระบบจะดำเนินการจ่ายอัตโนมัติ

อัตราค่าบริการตรวจวินิจฉัยและหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูง
ตามข้อตกลงจังหวัดสกลนคร
ประกอบการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด

ลำดับ	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
1	CT scan (ตามรายการแนบ)	1,500-4,000 .- CM ขวดละ 450 บาท
2	MRI (ตามรายการแนบ)	1,500-4,000.-
3	Gastroscope	600
4	Laser ตา	500
5	Echo (TTE)	900
6	EST	1,000
7	PCR (ทั่วไป)	900
	PCR (PND α-Thal)	2,000
8	Chromosome study	
	-เลือด	1,500
	-น้ำคร่ำ	2,500
9	Tumor marker	
	-AFP	160
	-Beta HCG	140
	-CA 19-9	320
	-CA 125	340
	-CEA	160
	-PSA	240
10	Thyroid	
	-FT3	120
	-FT4	120
	-FTSH	120
11	คลินิกโรคมะเร็ง	
	b-Cell Non Hodkin Lymphoma	3,600
	T-Cell Non Hodkin Lymphoma	3,600
	-Chromosome BM Leukemia	3,900
	-Flow (Leukemia)	2,300
12	คลื่นไฟฟ้าสมอง	
	-Scalp E.E.G	1,000

ลำดับ	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
13	รายการ X-Ray	
	-US upper/lower add ,KUB,breast	600
	-US small part	600
	-Using Nonionic CM add[44901]	600
	-US WHOLE ABDOMEN	900
	-US Doppler artery or vein	960
	-Sialography	840
	-T-Tube cholangiography	1,020
	-Fistulography	1,020
	-Barium swallowing,Esophagogram	1,020
	-UGI Study	1,020
	-Retrograde Pyelography RP/RU	1,140
	-Mammography with US	1,200
	-Long GI (UGI with small bowel series	1,200
	-Barium enema, single CM	1,500
	-VCUG/Cystogram	1,440
	-Hysterosalpingography	1,380
	-IVP (intravenous pyelography)	1,800
	-US guided for biopsy	1,380
	-Barium enema, double CM	1,800
-Myelographycomplete/thoracic	1,800	

หมายเหตุ 1.อัตราตามมติที่ประชุม คปสจ. 29/12/64 และ 31/1/65

2.เริ่มใช้อัตราค่าบริการนี้ 1/2/65

3.ใช้ในกรณีชดเชยการให้บริการ OP เท่านั้น

ตามข้อตกลงจังหวัดสกลนคร

ประกอบการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกภายในจังหวัดปี 2565(เริ่มกพ.65)

ลำดับ	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
1	Addition surface 3D views & mutiphase	1,000
2	CT PNS screening 1 plane Bone density : CT	1,500
	CT Brain NC	1,500
	CT Brain with CM	2,200
3	CT 1 Part + mutiphase	2,400
	CT Fistulogram	2,400
	CT sella	2,400
	CT Pituitary gland 2 planes	2,400
	CT Spine 1 part	2,400
	Ct myelogram	2,400
	CT Facial bone	2,400
	CT Orbits 2 planes	2,400
	CT Temporal bone	2,400
	CT IAC/Temporal bone screening	2,400
	CT IAC	2,400
	CT Parotid gland	2,400
	CT Nasal cavity	2,400
	CT Nasonpharynx 2 planes	2,400
	CT PNS 2 planes	2,400
	CT Oral cavity	2,400
	CT Dental scan - maxilla	2,400
	CT Dental scan mandible	2,400
	CT Oropharynx	2,400
	CT Neck	2,400
	CT Neck Thriod and Parathyoid	2,400
	CT Larynx	2,400
	CT Thyriod	2,400
	CT Chet/Lungs	2,400
	High resolution CT (Lungs)	4,400
	CT Upper abdomen	2,400
	CT Lower abdomen	2,400

ลำดับที่	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
	CT Pancreas spiral	2,400
	CT kidney spiral	2,400
	CT Adenal	2,400
	CT Extremity and joint part	2,400
	CT ส่วนอื่นๆ	2,400
4	CT wole abodomen	3,000
5	CT Facial bone 3D	4,000
	CT 1 Part + 3D Navigator	4,000
	3D CT scan	4,000
	CTA 1 part	4,000
	CTA Brain	4,000
	CTA Neck	4,000
	CTA Arm	4,000
	CTA Paripheral run off	4,000
	CTA Chest	4,000
	CTA Liver donor	4,000
	CTA Renal artery	4,000
	CTA for Puimmonary Emboli	4,000
	Cardiac function graft full	4,000
	Cardiac function including	4,000
	coronary artery angiogram	4,000
	CTA Coronary artery	4,000
	CTA Aorta (1 part)	4,000
	CTA Whole aorta	4,000
	CTA ส่วนอื่นๆ	4,000

Using Nonionic CM add (50 ml) ขวคละ 450.00 บาท

หมายเหตุ : ราคาตามสัญญาจ้างเหมา หจก. เพอร์เฟ็ค แมคคิลด จำกัด

ตามข้อตกลงจังหวัดสกลนคร

ประกอบการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด ปี 2565 (เริ่มกพ.65)

ลำดับ	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
1	MRI 1 small part or small organ	2,000
2	MRI 1 small part or small organ	2,000
3	Functional MRI	5,000
4	MR Spectroscopy	2,000
5	MRA (one part)	4,550
6	MRV (one part)	4,550
7	MRI + MRV (nonbain)	6,000
8	MRA + MRV	6,000
9	MRI + MRA + MRV	7,500
10	MR SRT or SRS	6,000
11	MRI Brain	4,000
12	MRI Brain + MRA	5,500
13	MRI Brain + CSF flow	5,500
14	MRI Hippocampus	2,000
15	MRI Pituitary gland	4,000
16	MRI cisternography	4,000
17	MRI Base of skull	2,000
18	MRI Convernous sinus	2,000
19	MRI Cranial nerve	2,000
20	MRI Spine 1 part	4,000
21	MRI Whole spine	8,000
22	MRI Myelogram	4,000
23	MRI Brachial Plexus	6,750
24	MRI LS-Plexus	4,000
25	MRI Sacral plexus	2,000
26	MRI TM joint	4,000
27	MRI Orbits	4,000
28	MRI 3D IAC	2,000
29	MRI Nasopharynx	4,000
30	MRI PNS	4,000
31	MRI Oropharynx	4,000
32	MRA Carotid	6,000
33	MRI Larynx (Neck)	4,000
34	MRI Thyroid glands	4,000
35	MRI Chest	4,000

ลำดับที่	รายการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
36	MRV Chest	6,000
37	MRA Pulmonary	6,000
38	MRI Mediastinum	2,000
39	MRI Breast (1 side)	4,000
40	MRI Breast (2 side)	6,000
41	MRI Guided breast biopsy	4,000
42	MRI Heart	4,000
43	MRI Heart + perfusion	6,000
44	MRI Heart Cg/Cine	6,000
45	MRI Heart Screening ASD	2,000
46	MRA Heart	6,000
47	MRA Aorta	6,000
48	MRI Upper/Lower abdomen	4,000
49	MRI Whole abdomen	8,000
50	MRA Upper/Lower abdomen	6,000
51	MRA Whole abdomen	8,000
52	MRV Upper/Lower sbd.	6,000
53	MRI Pencrease	2,000
54	MRCP only	2,000
55	MRCP + Upper abdomen	6,000
56	MRV Portal v.	6,000
57	MRI Peivic cavity	2,000
58	MRI Oropharynx	2,000
59	MRI Kidney	2,000
60	MRI Adrenal gland	2,000
61	MRI Renal artery	6,000
62	MRI Prostate gland	4,000
63	MRS prostate gland	2,000
64	MRI Prostate spesial coil	6,000
65	MRI Bone/jointExtremity 1 part	4,000
66	MR Arthrogarphy	4,000
67	MRA Femoral artery/Peripheral ru	6,000
68	MRA Femoral v.	6,000
69	Using Gd contrast medium 15 ml.	1,500
70	Using Ferucarbotran contrast medi	7,500

หมวดที่ 13

ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรค โดยการคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

ทั้งนี้ ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ชุดหินน้ำลาย การจัดฟันกรณีปากแหว่งเพดานโหว่หรือประสบอุบัติเหตุ (โดยให้มีหนังสือรับรองแสดงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย)

อัตราค่าบริการทางทันตกรรมนี้ คิดครอบคลุม ค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเสื่อมราคา แต่ไม่รวม ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวด 2 ดังนั้นในทางปฏิบัติให้สถานบริการเรียกเก็บค่าบริการทางทันตกรรมที่เกี่ยวข้องในหมวดนี้ ควบคู่กับอัตราค่าชิ้นงานอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวด 2

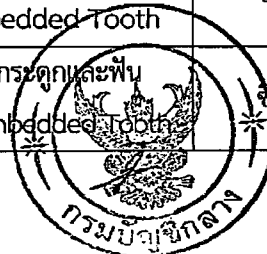
หมายเหตุ

1. ให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกำหนด และประกาศอัตราค่า LAB ตามรายการเป็นประจำทุกปี โดยสามารถคิดเพิ่มจากต้นทุนค่า LAB ได้ไม่เกินร้อยละ 10 (ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใช้บริการทันตกรรมประดิดษฐ์)

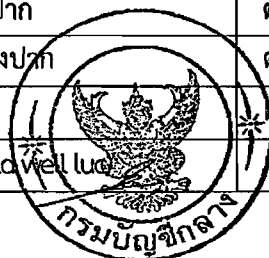
2. ค่าบริการทางทันตกรรมที่นอกเหนือจากที่กำหนด ไม่สามารถเบิกจ่ายได้

รายการ เจือไนซ์ และอัตราค่ารักษาพยาบาลค่าบริการทางทันตกรรม ที่ให้เบิกมีดังนี้

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
13.1 ศัลยศาสตร์ช่องปาก					
13.1.1 ฟันและรากฟัน					
13.1.1.1	62101	ถอนฟันน้ำนม/ฟันแท้	ซี่	200	
13.1.1.2	62102	ถอนฟันที่ยาก (เช่น กรอแปงรากฟัน)	ซี่	350	
		Surgical extraction			
13.1.1.3	62103	ผ่าตัดเอารากฟันที่ค้างออก	ซี่	380	
13.1.1.4	62104	ผ่าตัด Soft Tissue Impact Tooth ไม่กรอกระดูกฟัน	ซี่	350	
13.1.1.5	62105	ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังโดยกรอกระดูกและฟัน Partial Bony Impact/ Embedded Tooth	ซี่	700	
13.1.1.6	62106	ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังโดยกรอกระดูกและฟัน Complete Bony Impact/ Embedded Tooth		1,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
		Other surgical procedures			
13.1.1.7	62107	ผ่าตัดปลายรากฟัน (Root resection) ฟันหน้า	ซี่	660	
13.1.1.8	62108	ผ่าตัดปลายรากฟัน (Root resection) ฟันหลัง	ซี่	760	
13.1.1.9	62109	ผ่าตัดและอุดปลายราก (Retrograde) ฟันหน้า	ซี่	1,300	
13.1.1.10	62110	ผ่าตัดและอุดปลายราก (Retrograde) ฟันหลัง	ซี่	1,480	
13.1.1.11	62111	Root Amputation/ Bicuspidization/ Hemisection	ซี่	870	
13.1.2 อวัยวะอื่น นอกจากฟัน					
13.1.2.1	62201	Marsupialization	ตำแหน่ง	710	
13.1.2.2	62202	Oroantral Fistula Closure ไม่รวม Soft Tissue Graft	ตำแหน่ง	750	
13.1.2.3	62203	Excision of Pericoronal Gingival	ซี่	350	
13.1.2.4	62204	Biopsy of Oral Tissue (Hard/Soft)	ตำแหน่ง	400	
13.1.2.5	62205	Debridement and Suturing แผลในช่องปาก	ครั้ง	400	
13.1.2.6	62206	Alveolectomy/ Alveoloplasty เพื่อใส่ฟัน	ตำแหน่ง	500	
13.1.2.7	62207	Vestibuloplasty	ตำแหน่ง	500	
13.1.2.8	62208	เสริมสันกระดูก (Ridge Augmentation) ไม่รวมกระดูก	ตำแหน่ง	800	
13.1.2.9	62209	แก้มไข Eulis, Fibrous Alveolar Ridge	ตำแหน่ง	500	
13.1.2.10	62210	Torectomy, Ostectomy บน (ไม่รวม stent)	Arch	860	
13.1.2.11	62211	Torectomy, Ostectomy ล่าง (ไม่รวม stent)	Arch	860	
13.1.2.12	62212	ผ่าตัดเลาะถุงน้ำ/หนองขนาดเล็ก <1.5 cm	ตำแหน่ง	600	
13.1.2.13	62213	ผ่าตัดเลาะถุงน้ำ/หนองขนาดใหญ่ >1.5 cm	ตำแหน่ง	790	
13.1.2.14	62214	ผ่าตัดเนื้องอกในช่องปากขนาดเล็ก <1.5 cm	ตำแหน่ง	590	
13.1.2.15	62215	ผ่าตัดเนื้องอกในช่องปากขนาดใหญ่ >1.5 cm	ตำแหน่ง	790	
13.1.2.16	62216	เจาะถุงหนองภายในช่องปาก	ตำแหน่ง	340	
13.1.2.17	62217	เจาะถุงหนองภายนอกช่องปาก	ตำแหน่ง	530	
13.1.2.18	62218	Sequestrectomy	ตำแหน่ง	710	
13.1.2.19	62219	Maxillary Sinusotomy (caldwell luc)	ครั้ง	980	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
13.1.3 Treatment of Maxilla, Mandible and Alveolar Fractures					
13.1.3.1	62301	เข้าเดือกฟัน (Intra Arch) เช่น Subluxation	ครั้ง	680	
13.1.3.2	62302	Fracture Mandible - Closed Reduction	ครั้ง	1,300	
13.1.3.3	62303	Fracture Maxilla - Closed Reduction	ครั้ง	1,300	
13.1.3.4	62304	Alveolar Fracture - Closed Reduction	Arch	680	
13.1.3.5	62310	Off Arch Bar	ครั้ง	250	
13.1.3.6	62311	Removal Suspension Wire	ครั้ง	250	
13.1.3.7	62312	Plate and Screw/Wire Removal	ครั้ง	410	
13.1.4 Correction or Repair Procedures					
13.1.4.1	62401	Frenectomy, Frenoplasty	ตำแหน่ง	400	
13.1.4.2	62402	Sialolithotomy	ครั้ง	770	
13.1.5 Miscellaneous procedures					
13.1.5.1	62501	ล้างแผลในช่องปาก	ครั้ง	130	
13.1.5.2	62502	ใส่ยารักษา Dry Socket	ครั้ง	150	
13.1.5.3	62504	Wound dressing with Coe-pack : without splint	ครั้ง	270	
13.1.5.4	62505	Wound dressing with Coe-pack : with splint	ครั้ง	370	
13.1.5.5	62506	Special procedure stop disorder bleed (gel foam)	ครั้ง	340	
13.1.5.6	62507	Surgical stent	Arch	660	
13.1.5.7	62508	Special procedure stop disorder bleed (surgicel)	ครั้ง	1,000	
13.2 ทันตกรรมบูรณะ					
13.2.1	67101	อุดฟันชั่วคราว/Pulp capping	ซี่	240	การอุดคอฟฟัน คิดเท่ากับ อุดฟัน ด้านเดียว
13.2.2	67201	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam ด้านเดียว	ซี่	260	
13.2.3	67202	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam 2 ด้าน	ซี่	360	
13.2.4	67203	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	500	
13.2.5	67210	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันด้านเดียว	ซี่	400	
13.2.6	67211	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 2 ด้าน	ซี่	500	
13.2.7	67212	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	600	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
13.3 เอ็นโดดอนต์บำบัด					
13.3.1	63101	เอ็นโดดอนต์บำบัดฉุกเฉิน	ชม.	700	
13.3.2	63102	Pulpotomy ฟันน้ำนม	ชม.	500	
13.3.3	63103	Pulpotomy ฟันแท้	ชม.	1,060	
13.3.4	63104	Pulpectomy ฟันหน้าน้ำนม	ชม.	820	
13.3.5	63105	Pulpectomy ฟันหลังน้ำนม	ชม.	970	
13.3.6	63110	การรักษาคลองรากฟันหน้า	ชม.	1,750	
13.3.7	63111	การรักษาคลองรากฟันกรมน้อย (เหมาะจ่าย 1-3 ราก)	ชม.	2,500	
13.3.8	63112	การรักษาคลองรากฟันกรอม (เหมาะจ่าย 1-4 ราก)	ชม.	3,500	
13.3.9	63120	Apexification/ Recalcification	ครึ่ง	420	
13.3.10	63130	ฟอกสีฟันที่ตาย หลัง RCT ไม่ใช้การเสริมสวย	ครึ่ง	340	
13.3.11	63140	Internal root repair of perforation defects	ชม.	1,130	
13.4 ปริทันต์วิทยา					
13.4.1	64101	ขูดหินน้ำลายทั้งปาก	ทั้งปาก	280	
13.4.2	64102	Root planing/ Curettage	Qualdant	400	
13.4.3	64103	ขูดหินน้ำลายทั้งซากริกร (บนหรือล่าง)	ครึ่งปาก	140	
13.4.4	64110	Flap Operation	ตำแหน่ง	600	
13.4.5	64111	Osseous Surgery	ตำแหน่ง	780	
13.4.6	64112	Crown Lengthening	ซี่	780	
13.4.7	64120	Mucogingival Surgery (Periodontitis) - CPFP, APFP ไม่ใช้การเสริมสวย	ตำแหน่ง	860	
13.4.8	64121	Mucogingival Surgery (Periodontitis) - FGG และ Stent ไม่ใช้การเสริมสวย	ตำแหน่ง	1,290	
13.4.9	64122	Mucogingival Surgery (Periodontitis) - GTR ไม่ใช้การเสริมสวย	ตำแหน่ง	1,000	
13.4.10	64123	Gingivectomy or Gingivoplasty	ซี่	400	
13.4.11	64130	การใส่เดือกฟัน (Periodontal Splint)	ตำแหน่ง	400	
13.4.12	64131	แก้ไขการสบฟันผิดปกติ - เฉพาะตำแหน่ง	ครึ่ง	240	
13.4.13	64132	แก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ทั้งปาก	ครึ่ง	400	
13.4.14	64141	เปลี่ยน Periodontal dressing	ครึ่ง	170	



13.5 บริการเฉพาะกลุ่มเฉพาะ/พิเศษ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกค่าบริการเฉพาะกลุ่มเฉพาะ/พิเศษ

1. เฉพาะกรณีการเจ็บป่วยที่เกิดจากกระดูกขากรรไกรและกระดูกที่เกี่ยวข้องแตกหัก พิกัด ที่มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปาก Cleft lip, Cleft palate, โรคเนื้องอกหรือมะเร็งในช่องปาก โรคที่เกิดหลังการฉายรังสีรักษาโรคทางระบบที่มีผลทำให้น้ำลายแห้งหรือมีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ

2. การจัดฟันกรณีปากแหว่งเพดานโหว่หรือประสบอุบัติเหตุ ให้หน่วยงานต้นสังกัดขออนุมัติเบิกจ่ายกับกรมบัญชีกลางเป็นรายการฯ โดยให้แพทย์ผู้ทำการรักษารับรองเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
13.5.1	60201	Passive Obturator รวม speech aid , feed aid	ชิ้น	1,460	ราคามงจ่าย รวมค่า lab กรณีผู้ป่วย ปากแหว่ง เพดานโหว่
13.5.2	60202	Active Obturator รวม speech aid , feed aid	ชิ้น	2,030	
13.5.3	60203	เพดานเทียมพร้อมฟันปลอมบางส่วนถอดได้ สำหรับผู้ใหญ่ Adult definitive obturator with upper Temporary Plate	ชิ้น	6,210	
13.5.4	60204	เพดานเทียมพร้อมฟันปลอมถอดได้ทั้งปาก สำหรับผู้ใหญ่ Adult definitive obturator with upper Complete Denture	ชิ้น	4,850	
13.5.5	60301	Dental Upper & Lower Casts (เพื่อการจัดฟันในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่)	ครั้ง	590	ราคามงจ่าย รวมค่า lab
13.5.6	61101	เคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก	ครั้ง	170	
13.5.7	61301	Dental Pulp Vitality Tests	ครั้ง	80	
13.5.8	62112	Tooth Reimplantation and/or Stabilization of Accidentally Avulsed or Displaced Tooth (Splinting Composite Wire/ Arch Bar)	ซี่	360	
13.5.9	68201	Tooth transplantation (การปลูกฟันด้วยฟันซี่อื่นของตนเอง)		680	





ประกาศกระทรวงการคลัง

เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากกระทรวงการคลังจึงกำหนดประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามรายการดังต่อไปนี้

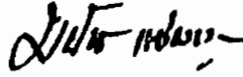
ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๖ รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ หมวด ๙ อื่นๆ รายการ ๙.๒ ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์

ข้อ ๔ ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามหลักเกณฑ์และไม่เกินอัตรา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙


(นายมนัส แจ่มเวหา)
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

หน้า 1

ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

แบบท้ายประกาศกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๓๑.๒/ว ๒๕๖ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙

รหัส อุปกรณ์	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา ไม่เกิน
		๙.๒ ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์		
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม		
		๑. การครอบฟันน้ำนม/ครอบฟันแท้ (ลำดับที่ ๙.๒.๑.๑ - ๙.๒.๑.๒)		
		หากมีความจำเป็นต้องใช้เคียวฟันร่วมด้วยตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดสามารถเบิกค่าเคียวฟันได้		
		๒. การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหม่าจ่าย ซึ่งได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว		
		๓. ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอได้รวมอยู่ในราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้		
		ตาม ๙.๒.๐.๓-๙.๒.๐.๕ แล้ว		
		๔. ค่าซ่อมแซมอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเกี่ยวกับฟันเทียม		
		ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด		
		๙.๒.๐ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้		
๙๒๐๒	๑	๙.๒.๐.๑ ฟันเทียมถอดได้ทั้งขากรรไกร ๑ ชั้น บนหรือล่าง	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ชั้นเดียว		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร		
๙๒๐๓	๒	๙.๒.๐.๒ ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ๒ ชั้น บนและล่าง	ชุดละ	๖,๐๐๐
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้สองชั้น		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร		
๙๒๐๔	๓	๙.๒.๐.๓ ฟันเทียมถอดได้ ๑ - ๕ ซี่	ซี่	๑,๕๐๐
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร		
๙๒๐๕	๔	๙.๒.๐.๔ ฟันเทียมถอดได้มากกว่า ๕ ซี่		
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบดเคี้ยวอาหาร		



หน้า 2

ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

แบบท้ายประกาศกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๓๑.๒/ว๒๕๖ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙

รหัส อุปกรณ์	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา ไม่เกิน
		๙.๒.๑ ฟันเทียมติดแน่นและอุปกรณ์		
๙๒๑๑	๕	๙.๒.๑.๑ ครอบฟันน้ำนม (stainless steel crown)	ซี่	๖๐๐
		ลักษณะ ครอบฟันเด็ก วัสดุที่ใช้อาจเป็นโลหะไร้สนิม (Stainless steel) หรืออคริลิก เพื่ออนุรักษ์ฟันน้ำนมซี่นั้นไว้ให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารได้		
		ข้อป่งซี่ บุรณะฟันน้ำนมที่การผุได้ลุกลามตัวฟันน้ำนมมากเกินไปจนจะบุรณะด้วยการอุดฟันนั้นได้ หรือบุรณะฟันน้ำนมภายหลังจากที่ได้รับการรักษาประสาฟันหรือคลองรากฟันแล้ว		
๙๒๑๒	๖	๙.๒.๑.๒ ครอบฟันแท้ (metal crown)	ซี่	๓,๐๐๐
		ลักษณะ ครอบฟันแท้ วัสดุที่ใช้อาจเป็นโลหะหรือพอร์ซเลน หรืออคริลิก หรือโลหะร่วมกับพอร์ซเลนหรือโลหะร่วมกับอคริลิก หรือวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นแล้วแต่กรณีเพื่ออนุรักษ์ฟันแท้ซี่นั้นไว้ให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร		
		ข้อป่งซี่ บุรณะฟันที่การผุได้ลุกลามมากเกินไปจนจะบุรณะด้วยการอุดฟันได้ หรือบุรณะฟันหลังจากที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้ว		
๙๒๑๓	๗	๙.๒.๑.๓ สะพานฟันติดแน่น (Dental Bridge) รวมค่าอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งนี้ ไม่รวมรากฟันเทียม	ชิ้น	๘,๐๐๐
		ลักษณะ สะพานเทียมฟันติดแน่น วัสดุที่ใช้อาจเป็นโลหะหรือพอร์ซเลน หรือโลหะร่วมกับพอร์ซเลน หรือวัสดุอื่น ๆ ตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี		
		ข้อป่งซี่ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร		
๙๒๑๔	๘	๙.๒.๑.๔ เดือยฟัน (Pin Tooth)	ซี่	๑,๐๐๐
		ลักษณะ เดือยฟัน		
		ข้อป่งซี่ ใช้เพื่อเสริมการยึดอยู่กับครอบฟัน ในกรณีที่ฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้วมีส่วนของเนื้อฟันเหลืออยู่น้อย		

