



ประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ในสถานพยาบาลของทางราชการ พ.ศ.๒๕๖๓

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามบันทึกที่ สธ ๐๒๐๗.๑๑/๒๗๓๑ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน จึงได้ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้
สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้มีความเหมาะสมกับการให้บริการของสถานพยาบาล และสอดคล้อง
กับมติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ครั้งที่ ๖/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๓

ดังนั้น โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน จึงกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้
สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ พ.ศ.๒๕๖๓ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุข
เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ พ.ศ.๒๕๖๐ และให้ใช้ประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๒ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เรื่อง อัตราค่าบริการ
สาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ พ.ศ.๒๕๖๓”

ข้อ ๓ ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ให้เบิกได้ตามหลักเกณฑ์และ
อัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวงเงินตามรายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขที่แนบท้ายนี้

ข้อ ๔ ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนประกาศนี้มีผลบังคับ ให้เบิกจ่ายตามที่โรงพยาบาล
ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนเรียกเก็บหรือตามอัตราที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้เคยประกาศไว้ก่อนหน้า
นี้

ข้อ ๕ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๖ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายวีรวัต อูครานันท์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

หมวดที่ 1
ค่าห้องและค่าอาหาร

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
21101	1.1	เตียงสามัญ	วัน	400	เบิกได้รวมกับ ค่าอาหารไม่เกิน 400 บาทตาม ระเบียบ กระทรวงการคลัง
21201	1.2	ค่าห้องพิเศษ	วัน	1,460 ^{*1}	เบิกได้รวมกับ ค่าอาหารไม่เกิน 1,000 บาทตาม ระเบียบ กระทรวงการคลัง

*¹ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เบิกได้รวมกับค่าอาหารในราคาไม่เกิน 1,000 บาท ดังนั้นส่วนต่างจึงให้เรียกเก็บกับผู้ป่วย จำนวน 460 บาท **ยกเว้น**

1. ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. พนักงานราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
4. ลูกจ้างประจำ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
5. ลูกจ้างอื่นๆ ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เช่น ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างตามภารกิจ ฯลฯ

หลักเกณฑ์การนับวันนอนและระยะเวลาในการเบิกค่าห้องและค่าอาหาร

1. การนับเวลาและการคำนวณวันนอนเพื่อเบิกเงิน ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับเป็นผู้ป่วย ภายในจนถึงเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ให้นับ 24 ชม. เป็น 1 วัน แต่หากไม่ถึง 24 ชม. แต่นับได้เกิน 6 ชม. ให้ถือเป็น 1 วัน โดยให้เบิกค่าห้องและค่าอาหารดังนี้
 - 1.1 ค่าเตียงสามัญและค่าอาหาร ให้เบิกได้ไม่จำกัดจำนวนวัน
 - 1.2 ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้เป็นระยะเวลาไม่เกิน 13 วัน ส่วนเกินกว่านั้น ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากผู้มีสิทธิ เว้นแต่กรณีที่คุณคณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องรักษาเกินกว่า 13 วัน ให้เบิกได้ตามจำนวนวันที่คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้ เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
2. กรณีสถานพยาบาลรับตัวเป็นผู้ป่วยภายในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความจำเป็นต้องส่งต่อ ไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น หากระยะเวลาที่สถานพยาบาลรับตัว ไว้เป็นผู้ป่วยภายในจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลนับได้ไม่เกิน 6 ชม. ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหารดังนี้
 - 2.1 ค่าเตียงสามัญและค่าอาหาร ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
 - 2.2 ค่าห้องพิเศษให้เบิกค่าห้องและค่าอาหารได้ไม่เกิน 200 บาท

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

หมวดที่ 3
ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

หลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาขายสำเร็จรูป	
ราคาต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ราคาที่กำหนด
0.01 - 0.20	0.5
> 0.20 - 0.50	1
> 0.50 - 1	1.5
> 1 - 10	1.5+125% ให้ของตรงกันของส่วนที่เกิน 1 บาท
> 10 - 100	13+120% ให้ของตรงกันของส่วนที่เกิน 10 บาท
> 100 - 1,000	126+115% ให้ของตรงกันของส่วนที่เกิน 100 บาท
> 1,000	1,161+110% ให้ของตรงกันของส่วนที่เกิน 1,000 บาท
ราคาขายต่ำกว่า 10 บาท ควรพิเศษให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท	
ราคาขายสูงกว่า 10 บาท แต่ไม่เกิน 100 บาท ควรพิเศษให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท	
ราคาขายสูงกว่า 100 บาท ควรพิเศษให้เป็นบาท โดยน้อยกว่า 0.50 บาท ปัดลง 0.50 ขึ้นไปปัดขึ้น	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

หมวดที่ 7

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
7.1 Hematology					
7.1.1 Blood Cells					
30101	7.1.1.1	CBC (+ diff. + RBC morphology + plt count) by automation	Test	80	
30102	7.1.1.2	CBC (+ diff. + RBC morphology, platelet smear) - Manual	Test	60	
30103	7.1.1.3	Reticulocyte count	Test	30	
30104	7.1.1.4	Hct (Hematocrit)	Test	30	
30105	7.1.1.5	ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate)	Test	40	
30106	7.1.1.6	Acid phosphatase with tartrate (hairy cell leukemia)	Test	200	
30107	7.1.1.7	Bone marrow stain (wright stain)	Test	45	
30108	7.1.1.8	Bone marrow, iron stain	Test	50	
30109	7.1.1.9	Cytochemical profile stain (ชนิดละ)	Test	100	
30110	7.1.1.10	Buffy coat preparation	Test	60	
30111	7.1.1.11	Heinz body	Test	30	
30112	7.1.1.12	Hemosiderin test	Test	80	
30113	7.1.1.13	Inclusion body	Test	30	
30114	7.1.1.14	LAP score	Test	550	
30115	7.1.1.15	Antibody Identification	Test	200	
30116	7.1.1.16	Antibody Screening	Test	50	
30117	7.1.1.17	Blood group (ABO) – Slide method	Test	30	
30118	7.1.1.18	Blood group (ABO) – Tube method	Test	100	
30119	7.1.1.19	ABO Cell grouping	Test	50	
30120	7.1.1.20	ABO Serum grouping	Test	50	
30121	7.1.1.21	Rh. Typing	Test	40	
30122	7.1.1.22	Coomb's test - Direct	Test	40	
30123	7.1.1.23	Coomb's test - Indirect	Test	30	*
30124	7.1.1.24	LE cell	Test	100	
30125	7.1.1.25	Osmotic fragility test	Test	40	
30126	7.1.1.26	Malarial film	Test	40	
7.1.2 Coagulation					
30201	7.1.2.1	PT (Prothombin Time)	Test	60	
30202	7.1.2.2	PTT (Partial Thomboplastin Time)	Test	60	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
30203	7.1.2.3	TT (Thrombin Time)	Test	70	
30204	7.1.2.4	VCT (Venous Cloting Time)	Test	30	
30205	7.1.2.5	Clot retraction time/Clot lysis time	Test	30	
30206	7.1.2.6	ELT (Euglobulin Lysis Time)	Test	50	
30207	7.1.2.7	FDP (Fibrin Degradation Product)	Test	800	
30208	7.1.2.8	D-dimer	Test	300	
30209	7.1.2.9	Von Willebrand factor	Test	400	
30210	7.1.2.10	Bleeding time	Test	40	
30211	7.1.2.11	Ristocetin cofactor activity	Test	250	
30212	7.1.2.12	Ristocetin induced agglutination	Test	250	
30213	7.1.2.13	Dichlorophenol indophenol precipitation test (DCIP)	Test	70	
30214	7.1.2.14	Fibrinogen level	Test	350	
30215	7.1.2.15	Factor assay - Factor II	Test	1,000	
30216	7.1.2.16	Factor assay - Factor V	Test	1,000	
30217	7.1.2.17	Factor assay - Factor V Leiden	Test	1,900	
30218	7.1.2.18	Factor assay - Factor VII	Test	1,000	
30219	7.1.2.19	Factor assay - Factor VIII	Test	750	
30220	7.1.2.20	Factor assay - Factor VIII Inhibitor	Test	900	
30221	7.1.2.21	Factor assay - Factor IX	Test	600	
30222	7.1.2.22	Factor assay - Factor IX Inhibitor	Test	1,000	
30223	7.1.2.23	Factor assay - Factor X	Test	1,000	
30224	7.1.2.24	Factor assay - Factor XI	Test	1,000	
30225	7.1.2.25	Factor assay - Factor XII	Test	1,000	
30226	7.1.2.26	Platelet aggregration with ADP, Collagen, Adrenaline, Ristocetin	Test	350	
30227	7.1.2.27	Protein C	Test	250	
30228	7.1.2.28	Protein S	Test	250	
30229	7.1.2.29	Antithrombin III activity	Test	250	
30230	7.1.2.30	Heparin anti Xa	Test	400	
30231	7.1.2.31	Alpha 2 antiplasmin	Test	300	
30232	7.1.2.32	Anticardiolipin	Test	400	*
30233	7.1.2.33	Lupus anticoagulant (screening)	Test	80	
30234	7.1.2.34	Lupus anticoagulant (confirm), conc RW	Test	250	
7.1.3 Other Substances/Molecules/Tests					
30301	7.1.3.1	B12		200	*

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
30302	7.1.3.2	Folate	Test	200	
30303	7.1.3.3	Red cell folate (chemiluminescent)	Test	250	
30304	7.1.3.4	Serum iron	Test	80	
30305	7.1.3.5	TIBC	Test	80	
30306	7.1.3.6	Ferritin	Test	250	
30307	7.1.3.7	Transferrin	Test	250	
30308	7.1.3.8	EPO (erythropoietin)	Test	250	
30309	7.1.3.9	Fetal hemoglobin	Test	80	
30310	7.1.3.10	G-6-PD	Test	40	
30311	7.1.3.11	Homocystein	Test	400	
30312	7.1.3.12	Ham's test	Test	80	
30313	7.1.3.13	Hb typing (Hemoglobin typing)	Test	270	
30314	7.1.3.14	IEP (สำหรับ antibody 3 ตัว)	Test	800	*
30315	7.1.3.15	IEP (สำหรับ antibody 5 ตัว)	Test	1,200	*
30316	7.1.3.16	Serum viscosity	Test	100	
7.1.4 Chromosome/DNA					
30401	7.1.4.1	Chromosome study from blood/BM	Test	1,500	
30402	7.1.4.2	Chromosome study from amniotic fluid/chorionic villus	Test	2,500	
30403	7.1.4.3	DNA index (ploidy) for ALL	Test	1,600	
30404	7.1.4.4	DNA detection for β , α -thalassemia gene	Test	1,200	
30405	7.1.4.5	RT-PCR for BCR/ABL gene for diagnosis of CML	Test	1,000	
7.1.5 By Flow cytometry					
30501	7.1.5.1	Flow cytometry for acute leukemia panel, AML, ALL	Test	2,300	
30502	7.1.5.2	Flow cytometry for Non Hodgkin's lymphoma panel	Test	1,800	
30503	7.1.5.3	Flow cytometry for detection of DAF (CD55 and CD59) (blood)	Test	600	
30504	7.1.5.4	Immunophenotyping for CD34 surface antigen (blood, flow cytometry)	Test	1,000	
30505	7.1.5.5	Flow cytometry for minimal residual disease, B-ALL panel	Test	1,800	
30506	7.1.5.6	Flow cytometry for minimal residual	Test	1,600	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
		disease, T-ALL panel			
30507	7.1.5.7	Flow cytometry for minimal residual disease, AML panel	Test	1,600	
7.1.6 HLA					
30601	7.1.6.1	Disease association: HLA-B27 typing	Test	500	
30602	7.1.6.2	Kidney/Bone marrow transplantation - Autoantibody (T, B)	Test	1,500	
30603	7.1.6.3	Kidney/Bone marrow transplantation - Lymphocyte crossmatch T, B cell	Test	2,000	
30604	7.1.6.4	Bone marrow transplantation - HLA-AB common Ag typing	Test	1,200	
30605	7.1.6.5	Bone marrow transplantation - HLA-ABC complete typing	Test	5,000	
30606	7.1.6.6	Bone marrow transplantation - HLA class II DNA High Resolution	Test	7,600	
30607	7.1.6.7	Transfusion reaction - HLA antibody	Test	800	
30608	7.1.6.8	Transfusion reaction - Leukoagglutinin	Test	400	
30609	7.1.6.9	Kidney transplantation - HLA-A, B DNA typing	Test	5,000	
30610	7.1.6.10	Kidney transplantation - Panel reactive antibody (PRA)	Test	1,300	
30611	7.1.6.11	Kidney transplantation - HLA-DRB, DQB DNA typing	Test	4,500	
7.1.7 Stem cells					
30701	7.1.7.1	Stem cell culture for BFU-E number	Test	600	
30702	7.1.7.2	Stem cell culture for CFU-GM number	Test	600	
30703	7.1.7.3	Stem cell processing for Autologous Bone marrow collection	Test	7,000	*
30704	7.1.7.4	Stem cell processing for Autologous PBSC collection	Test	7,000	*
30705	7.1.7.5	Stem cell processing for Bone marrow collection	Test	3,000	*
30706	7.1.7.6	Stem cell processing for Cord blood collection	Test	7,000	*
7.2. Clinical Microscopy					
7.2.1 Urine examination					

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
31001	7.2.1.1	Urine Analysis	Test	50	
31002	7.2.1.2	Specific gravity	Test	20	
31003	7.2.1.3	pH	Test	20	
31004	7.2.1.4	Albumin	Test	20	
31005	7.2.1.5	Sugar	Test	20	
31006	7.2.1.6	Bile	Test	40	
31007	7.2.1.7	Ketone body	Test	40	
31008	7.2.1.8	Phenyketonuria	Test	30	
31009	7.2.1.9	Urobilinogen	Test	40	
31010	7.2.1.10	Hemosiderin	Test	40	
31101	7.2.1.11	Pregnancy test	Test	100	
31102	7.2.1.12	Bence-Jones protein	Test	40	
7.2.2 Stool examination					
31201	7.2.2.1	Routine direct smear	Test	30	
31202	7.2.2.2	Routine concentration	Test	50	
31203	7.2.2.3	Occult blood	Test	30	
7.2.3 Other Examination					
31301	7.2.3.1	Body fluid examination	Test	60	
31302	7.2.3.2	Giemsa stain for Virus or Parasite อย่าง ละ	Test	40	
31303	7.2.3.3	Pneumocystis carinii	Test	140	
31401	7.2.3.4	Semen analysis	Test	110	
31501	7.2.3.5	ตรวจหา Herpes virus ด้วย DIF	Test	100	
31502	7.2.3.6	Dark field for Treponema	Test	50	
31503	7.2.3.7	Tzank's smear (wright stain)	Test	80	
7.3. Clinical Chemistry					
7.3.1 Combined					
32001	7.3.1.1	Electrolyte (Na, K, Cl, CO ₂) (ชนิดละ 20 บาท)	Test	80	
32002	7.3.1.2	Blood gas analysis	Test	130	
32003	7.3.1.3	Liver function test	Test	350	
32004	7.3.1.4	Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)	Test	200	
32005	7.3.1.5	Lipoprotein electrophoresis	Test	300	
32006	7.3.1.6	Protein electrophoresis	Test	300	
7.3.2 Inorganic					
			Test		

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
32101	7.3.2.1	Osmolarity serum	Test	120 ✓	
32102	7.3.2.2	Na	Test	20	
32103	7.3.2.3	K	Test	20	
32104	7.3.2.4	Cl	Test	20	
32105	7.3.2.5	CO ₂	Test	20	
32106	7.3.2.6	Calcium	Test	45	
32107	7.3.2.7	Magnesium	Test	70	
32108	7.3.2.8	Zinc	Test	350	
32109	7.3.2.9	Phosphorus	Test	50 ✓	
7.3.3 Organic/Biochem					
32201	7.3.3.1	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	45	
32202	7.3.3.2	Creatinine	Test	45	
32203	7.3.3.3	Glucose	Test	40	
32204	7.3.3.4	OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) รวมน้ำตาล	Test	50	
32205	7.3.3.5	Uric acid	Test	55	
32206	7.3.3.6	Fructosamine	Test	100	
32207	7.3.3.7	Bilirubin, Direct	Test	50	
32208	7.3.3.8	Bilirubin, Total	Test	50	
32209	7.3.3.9	Bilirubin, Micro	Test	60	
32210	7.3.3.10	Ammonia	Test	300	
7.3.4 Proteins – Enzymes					
32301	7.3.4.1	Acid phosphatase, Total	Test	140	
32302	7.3.4.2	Prostatic acid phosphatase ตัวละ	Test	140	*
32303	7.3.4.3	Amylase (blood)	Test	100	*
32304	7.3.4.4	CPK	Test	90	
32305	7.3.4.5	CK-MB	Test	120	
32306	7.3.4.6	LDH	Test	60	
32307	7.3.4.7	Troponin I	Test	260	*
32308	7.3.4.8	Troponin T	Test	380	
32309	7.3.4.9	Alkaline phosphatase	Test	50	
32310	7.3.4.10	SGOT (AST)	Test	50	
32311	7.3.4.11	SGPT (ALT)	Test	50	
32312	7.3.4.12	Gamma glutamyl transpeptidase	Test	130	
32313	7.3.4.13	Lipase	Test	250	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
7.3.5 Proteins – nonenzyme					
32401	7.3.5.1	Hb A1C	Test	150	
32402	7.3.5.2	Protein, Total	Test	50	
32403	7.3.5.3	Albumin	Test	50	
32404	7.3.5.4	Albumin, Micro	Test	270	
32405	7.3.5.5	Protein, Micro	Test	30	
32406	7.3.5.6	Ceruloplasmin	Test	300	
32407	7.3.5.7	NT-pro BNP	Test	1,500	
7.3.6 Lipid & Lipoproteins					
32501	7.3.6.1	Lipid - Cholesterol	Test	50	
32502	7.3.6.2	Lipid - TG (Triglyceride)	Test	60	
32503	7.3.6.3	Lipid - HDL-chol	Test	90	
32504	7.3.6.4	Lipid - LDL-chol (direct) <small>ส่งรายการเดียว</small>	Test	200	
32505	7.3.6.5	Apo A	Test	200	
32506	7.3.6.6	Apo B	Test	200	
32507	7.3.6.7	Lipoprotein A	Test	250	
7.3.7 Hormones					
32601	7.3.7.1	ACTH (Immulite)	Test	350	
32602	7.3.7.2	ACTH (IRMA)	Test	700	
32603	7.3.7.3	Cortisol	Test	270	
32604	7.3.7.4	Aldosterone	Test	600	
32605	7.3.7.5	Renin	Test	800	
32606	7.3.7.6	17-OH-progesterone	Test	250	
32607	7.3.7.7	DHEA-sulphate	Test	300	
32608	7.3.7.8	Thyroid hormone - TSH (Thyroid Stimulating Hormone)	Test	200	
32609	7.3.7.9	Thyroid hormone - T4 (Thyroxine)	Test	180	
32610	7.3.7.10	Thyroid hormone - Free T4 (Free Thyroxine)	Test	200	
32611	7.3.7.11	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine)	Test	200	
32612	7.3.7.12	Thyroid hormone - Free T3 (Free Tri - iodothyroxine)	Test	200	
32613	7.3.7.13	PTH (intact)	Test	200	
32614	7.3.7.14	Osteocalcin	Test	250	
32615	7.3.7.15	Calcitonin	Test	500	
32616	7.3.7.16	FSH	Test	230	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
32617	7.3.7.17	LH	Test	230	
32618	7.3.7.18	Estradiol	Test	300	
32619	7.3.7.19	Progesterone	Test	250	
32620	7.3.7.20	Testosterone	Test	250	
32621	7.3.7.21	Free androgen index	Test	450	
32622	7.3.7.22	Prolactin	Test	280	
32623	7.3.7.23	Growth hormone	Test	600	
32624	7.3.7.24	C-peptide	Test	350	
32625	7.3.7.25	Insulin	Test	250	
32626	7.3.7.26	Insulin - IG F1	Test	600	
32627	7.3.7.27	Insulin - IGF BP3	Test	400	
7.3.8 Drugs					
33001	7.3.8.1	Aminoglycoside	Test	200	
33002	7.3.8.2	Isoniazid (INH) (HPLC)	Test	220	
33003	7.3.8.3	Pyrazinamide (HPLC)	Test	220	
33004	7.3.8.4	Rifampicin (HPLC)	Test	220	
33005	7.3.8.5	Vancomycin	Test	220	
33101	7.3.8.6	Carbamazepine (Tegretol)	Test	240	
33102	7.3.8.7	Phenobarbital	Test	200	
33103	7.3.8.8	Phenytoin (Dilantin)	Test	250	
33104	7.3.8.9	Valproic acid/Sodium valproate (Depakin)	Test	250	
33105	7.3.8.10	Benzodiazepine, Phenothiazine, Tricyclic antidepressant	Test	250	
33106	7.3.8.11	Chlorpromazine	Test	200	
33107	7.3.8.12	Acetaminophen	Test	300	
33108	7.3.8.13	Salicylate	Test	300	
33109	7.3.8.14	Chlorpheniramine	Test	250	
33201	7.3.8.15	Cyclosporin (CSA)	Test	800	
33202	7.3.8.16	Methotrexate	Test	220	
33203	7.3.8.17	Tracolumus	Test	800	
33204	7.3.8.18	Sirolimus	Test	800	
33301	7.3.8.19	Theophyline	Test	250	
33302	7.3.8.20	Digoxin	Test	200	
33303	7.3.8.21	Hydrocortisone, Dexamethasone, Prednisolone	Test	250	
33304	7.3.8.22	Warfarin	Test	200	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
7.3.9 Toxicology					
33501	7.3.9.1	Aluminium	Test	300	
33502	7.3.9.2	Cadmium	Test	300	
33503	7.3.9.3	Chromium	Test	300	
33504	7.3.9.4	Copper	Test	350	
33505	7.3.9.5	Lead	Test	200	
33506	7.3.9.6	Lithium	Test	350	
33507	7.3.9.7	Manganese	Test	200	
33508	7.3.9.8	Xenobiotic heavy metal (Mercury, Arsenic, Cadmium, Nickel)	Test	350	
33509	7.3.9.9	Other volatile agent	Test	250	*
33601	7.3.9.10	Carbonmonoxide	Test	250	
33602	7.3.9.11	Acetone	Test	250	
33603	7.3.9.12	Acetonitrite	Test	250	
33604	7.3.9.13	Benzene	Test	250	
33605	7.3.9.14	Butanol	Test	150	
33606	7.3.9.15	Carbamate	Test	200	
33607	7.3.9.16	Chlorinated hydrocarbon	Test	250	
33608	7.3.9.17	Chloroform	Test	250	*
33609	7.3.9.18	Cocaine	Test	700	*
33610	7.3.9.19	Ethyl alcohol (Ethanol)	Test	140	*
33611	7.3.9.20	Cholinesterase (plasma or red cell)	Test	360	*
33612	7.3.9.21	Ethyl alcohol (Ethanol) (confirm)	Test	840	*
33613	7.3.9.22	Xylene	Test	250	*
33614	7.3.9.23	Isopropanol	Test	250	*
33615	7.3.9.24	Marijuana (Cannabinoid) (immunoassay)	Test	120	*
33616	7.3.9.25	Marijuana (HPLC)	Test	700	*
33617	7.3.9.26	Methamphetamine	Test	120	*
33618	7.3.9.27	Methamphetamine (confirm)	Test	900	*
33619	7.3.9.28	Methanol	Test	250	*
33620	7.3.9.29	Opiate (eg. Morphine, Heroin, Codeine) ตัวละ	Test	130	*
33621	7.3.9.30	Opiate (Morphine, Methadone, Pethidine) (confirm ตัวละ)	Test	700	*
33622	7.3.9.31	Paraquat	Test	250	*

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
33623	7.3.9.32	Acetylcholinesterase activity in RBC or Plasma (Organophosphate)	Test	250	*
7.3.10 Urine Chemistry/ hormone/ toxicology					
34001	7.3.10.1	Osmolality urine	Test	120	
34002	7.3.10.2	Sodium	Test	35	
34004	7.3.10.3	Potassium	Test	40	
34006	7.3.10.4	Calcium	Test	45	
34101	7.3.10.5	Creatinine	Test	20	
34103	7.3.10.6	Protein (Random)	Test	30	
34104	7.3.10.7	Protein (24 Hours)	Test	85	
34105	7.3.10.8	Urine VMA	Test	300	
34106	7.3.10.9	Urine VMA (HPLC)	Test	600	
34107	7.3.10.10	Urine catecholamine	Test	800	
34108	7.3.10.11	Urine metanephrine	Test	1,000	
34109	7.3.10.12	Urine HVA	Test	600	
34110	7.3.10.13	Urine HIAA (5-Hydroxyindoleacetic acid)	Test	600	
34111	7.3.10.14	Urine free cortisol	Test	250	
34112	7.3.10.15	17-KS	Test	250	
34113	7.3.10.16	17-OHCS	Test	250	
34114	7.3.10.17	Amylase	Test	40	
34115	7.3.10.18	Porphyrin	Test	100	
34201	7.3.10.19	Copper (Urine 24 hours)	Test	300	
34202	7.3.10.20	Lead (Urine)	Test	300	
34203	7.3.10.21	Urine organic acid	Test	2,000	
34204	7.3.10.22	Paraquate (Urine)	Test	100	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
33701	7.3.10.2 3	Amphetamine (Urine)	Test	150	
33702	7.3.10.2 4	Cannabis (Urine)	Test	120	
33707	7.3.10.2 5	Methadone (Urine)	Test	120	
33710	7.3.10.2 6	Morphine (Urine)	Test	140	
7.3.11 Body Fluid Chemistry					
34301	7.3.11.1	Protein	Test	70	
34302	7.3.11.2	Sugar	Test	70	
34303	7.3.11.3	Chloride	Test	70	
34401	7.3.11.4	Organophosphate (Gastric lavage)	Test	100	
34402	7.3.11.5	Carbamate (Gastric lavage)	Test	100	
34403	7.3.11.6	Zinc Phosphide (Gastric lavage)	Test	100	
34404	7.3.11.7	Arsenic (Gastric lavage)	Test	100	
7.4 Microbiology Section					
35001	7.4.1	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	60	
35002	7.4.2	Gram stain	Test	60	
35003	7.4.3	Indian ink preparation	Test	40	
35004	7.4.4	KOH preparation	Test	40	
35101	7.4.5	Culture - Routine culture	Test	110	
35102	7.4.6	Culture - Anaerobic culture	Test	170	
35103	7.4.7	Culture - Mycobacterium culture	Test	200	
35104	7.4.8	Culture - Hemoculture, Manual ขวดละ	Test	80	
35105	7.4.9	Culture - Hemoculture, Automate ขวดละ	Test	350	
35106	7.4.10	Culture - Helicobacter culture (ชิ้นเนื้อจากกระเพาะ)	Test	400	
35107	7.4.11	Culture for fungus	Test	80	
35108	7.4.12	Sensitivity Test	Test	130	
35109	7.4.13	MIC, MBC, SBC อย่างละ	Test	150	
35201	7.4.14	Urease test (ชิ้นเนื้อจากกระเพาะ)	Test	50	
7.5. Immunological/Serology and Virology Section					
7.5.1 Bacteria					
36001	7.5.1.1	ASO test - Latex	Test	110	
36002	7.5.1.2	ASO test - Nephelometry	Test	250	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
36003	7.5.1.3	VDRL (RPR)	Test	50	
36004	7.5.1.4	FTA-Abs	Test	200	
36005	7.5.1.5	FTA-ABS Ig M	Test	200	
36006	7.5.1.6	TPHA	Test	100	
36007	7.5.1.7	Leptospira-Ab	Test	120	
36008	7.5.1.8	S. pneumoniae Ag	Test	250	
36009	7.5.1.9	Streptococcus gr B Ag	Test	250	
36010	7.5.1.10	N. meningitidis ACYW 135 Ag	Test	250	
36011	7.5.1.11	N. meningitidis B/E coli K 1 Ag	Test	250	
36012	7.5.1.12	B. pseudomallei-Ab (Melloid titer)	Test	80	
36013	7.5.1.13	H. influenzae type b Ag	Test	200	
36014	7.5.1.14	Helicobacter pyroli/Ab	Test	500	
36015	7.5.1.15	H.Pylori	Test	400	
36016	7.5.1.16	Mycoplasma pneumoniae-Ab	Test	250	
36017	7.5.1.17	C. defficile toxin A	Test	500	
36018	7.5.1.18	TB-DNA (PCR for TB)	Test	1,500	
36019	7.5.1.19	Weil-felix test	Test	100	
36020	7.5.1.20	Widal's test	Test	100	
36021	7.5.1.21	Bacterial Antigen	Test	800	
7.5.2 Fungal					
36101	7.5.2.1	Cryptococcus neoformans-Ag titer	Test	270	
36102	7.5.2.2	Histoplasma	Test	180	
36103	7.5.2.3	Toxoplasma-Ab	Test	200	
7.5.3 Parasites					
36201	7.5.3.1	E. histolytica-Ab	Test	130	
7.5.4 Virus: Hepatitis, HIV					
36301	7.5.4.1	Hepatitis - Anti HAV total (ELISA)	Test	500	
36302	7.5.4.2	Hepatitis - Anti HAV IgM (ELISA)	Test	500	
36303	7.5.4.3	Hepatitis - HAV - RNA (PCR)	Test	1,700	
36310	7.5.4.4	HBc-Ab - PHA	Test	140	
36311	7.5.4.5	HBc-Ab - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	230	
36312	7.5.4.6	HBc-Ab (IgM)	Test	300	
36313	7.5.4.7	HBe-Ag - PHA	Test	150	
36314	7.5.4.8	HBe-Ag - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	300	
36315	7.5.4.9	HBe-Ab	Test	350	
36316	7.5.4.10	HBs-Ab (Hepatitis B surface antibody) - PHA	Test	100	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
36317	7.5.4.11	HBs-Ab (Hepatitis B surface antibody) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	180	
36318	7.5.4.12	HBs-Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	80	
36319	7.5.4.13	HBs-Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	130	
36320	7.5.4.14	HBs-Ag (Hepatitis B surface antigen) - PCR – Qualitative	Test	1,700	
36321	7.5.4.15	HBs-Ag (Hepatitis B surface antigen) - Quantitative (Amplicor)	Test	2,200	
36322	7.5.4.16	HBs-Ag (Hepatitis B surface antigen) - Quantitative (bDNA)	Test	3,000	
36323	7.5.4.17	HBV Genotype, drug resistance (INNO-LIPA)	Test	3,200	
36330	7.5.4.18	HCV-Ab (Hepatitis C Antibody) - PHA	Test	190	
36331	7.5.4.19	HCV-Ab (Hepatitis C Antibody) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	300	
36332	7.5.4.20	HCV-Ag - Qualitative – PCR	Test	1,700	
36333	7.5.4.21	HCV-Ag - Quantitative (Amplicor, bDNA)	Test	2,500	
36350	7.5.4.22	HIV-Ab (screening) - RAPID	Test	250	
36351	7.5.4.23	HIV-Ab (screening) - GPA, ELISA, MEIA, ECLIA	Test	140	
36352	7.5.4.24	HIV-Ab (confirm) WESTERN BLOT	Test	1,000	
36353	7.5.4.25	Anti- HTLV-1	Test	150	
36360	7.5.4.26	HIV-Ag	Test	160	
36361	7.5.4.27	HIV - Qualitative RT-PCR	Test	1,700	
36362	7.5.4.28	HIV - Quantitative, viral load standard method	Test	2,000	
7.5.5 Viruses: Others					
36401	7.5.5.1	Chikungunya-Ab	Test	250	
36402	7.5.5.2	Dengue virus-Ab	Test	300	
36403	7.5.5.3	Dengue virus-Ab (PCR)	Test	800	
36404	7.5.5.4	Dengue - Ig G (HAI)	Test	200	
36405	7.5.5.5	Dengue - Ig M (ELISA)	Test	300	
36410	7.5.5.6	Cytomeglovirus-Ab	Test	250	
36411	7.5.5.7	Cytomegalovirus (CMV) - Qualitative-PCR	Test	1,600	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
36412	7.5.5.8	Cytomegalovirus (CMV) - Viral load (Amplicor)	Test	2,500	
36413	7.5.5.9	Cytomegalovirus (CMV) - Ig G/Ig M (ELISA)	Test	300	
36415	7.5.5.10	EBV-IgA (Anti-Epstein Barr Virus)	Test	250	
36416	7.5.5.11	EBV-IgG (Anti-Epstein Barr Virus)	Test	240	
36417	7.5.5.12	HSV-2 Ag (Herpes simplex virus type 2 Ag)	Test	300	
36420	7.5.5.13	SARS corona virus-Qualitative	Test	1,600	
36421	7.5.5.14	SARS corona virus-Viral load (PCR)	Test	1,600	
36422	7.5.5.15	Adenovirus, Ig G/Ig M (ELISA)	Test	250	
36423	7.5.5.16	Panenterovirus	Test	2,200	
36424	7.5.5.17	Influenza virus-A, B (ELISA)	Test	300	
36425	7.5.5.18	Rota virus	Test	200	
36426	7.5.5.19	Rotavirus (ds-RNA PAGE test)	Test	250	
36430	7.5.5.20	Rabies-Ab	Test	400	
36431	7.5.5.21	Rabies virus-Ag (FTA)	Test	250	
36432	7.5.5.22	Rabies (NASBA)	Test	1,500	
36433	7.5.5.23	J.E.-Ab	Test	250	
36434	7.5.5.24	West Nile virus	Test	1,500	
36435	7.5.5.25	Nipah virus	Test	1,500	
36450	7.5.5.26	Mumps, Ig G/Ig M (ELISA)	Test	250	
36451	7.5.5.27	Measles, Ig G/Ig M (ELISA)	Test	250	
36452	7.5.5.28	Rubella IgG	Test	200	
36453	7.5.5.29	Rubella IgM antibody	Test	300	
	7.5.6	Immunology	Test		
37001	7.5.6.1	Rheumatoid factor test - Latex	Test	80	
37002	7.5.6.2	Rheumatoid factor test - Nephelometry	Test	200	
37003	7.5.6.3	FANA	Test	450	
37004	7.5.6.4	Anti-DNA	Test	200	
37005	7.5.6.5	Anti-Sm	Test	90	
37006	7.5.6.6	Anti-Sm (ELISA)	Test	350	
37007	7.5.6.7	Anti-nRNP (Immunodiffusion)	Test	90	
37008	7.5.6.8	Anti-nRNP (ELISA)	Test	350	
37009	7.5.6.9	Anti-Ro (SS-A)	Test	400	
37010	7.5.6.10	Anti-La (SS-B)	Test	400	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	ประเภทรายการ	หน่วยนับ	ราคา	หมายเหตุ
37011	7.5.6.11	Anti-Scl 70	Test	150	
37012	7.5.6.12	Anticentromere	Test	250	
37013	7.5.6.13	Anti-MPO (Myeloperoxidase)	Test	550	
37014	7.5.6.14	Anti-PR3 (Proteinase 3)	Test	550	
37015	7.5.6.15	ANCA	Test	300	
37016	7.5.6.16	Antimitochondrial	Test	300	
37017	7.5.6.17	Smooth muscle Ab	Test	300	
37018	7.5.6.18	Anti-LKM (Liver-Kidney Microsome)	Test	300	
37019	7.5.6.19	Thyroid antibody test	Test	200	
37101	7.5.6.20	Complement C3 level - Latex	Test	50	
37102	7.5.6.21	Complement C3 level - Nephelometry	Test	250	
37103	7.5.6.22	CRP (C-Reactive protein) - Latex	Test	110	
37104	7.5.6.23	CRP (C-Reactive protein) - Nephelometry	Test	170	
37105	7.5.6.24	CH50	Test	150	
37106	7.5.6.25	Cold agglutinin	Test	40	
37201	7.5.6.26	Immunoglobulin level (IgG, A, M)	Test	350	
37202	7.5.6.27	Heterophile-Ab test	Test	200	
37203	7.5.6.28	T-Lymphocyte subpopulation (CD4)	Test	880	
7.5.7 "Tumor markers"					
37301	7.5.7.1	Alpha Fetoprotein (AFP) - PHA	Test	80	
37302	7.5.7.2	Alpha Fetoprotein (AFP) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	270	
37303	7.5.7.3	Beta-HCG	Test	270	
37304	7.5.7.4	Beta-2 microglobulin, serum/urine	Test	400	
37305	7.5.7.5	HCG titer	Test	300	
37306	7.5.7.6	CA 125	Test	600	
37307	7.5.7.7	CA 19-9	Test	600	
37308	7.5.7.8	CEA (Carcinoembryonic antigen)	Test	300	
37310	7.5.7.9	PSA	Test	300	
37311	7.5.7.10	Free PSA	Test	400	
37312	7.5.7.11	Prostatic Acid Phosphatase	Test	400	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

หมวดที่ 12
ค่าบริการทางการแพทย์

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
12.1 ทั่วไป					
55010	12.1.1	ค่าบริการพยาบาลทั่วไป (IPD)	วัน	1,000	- รวมบริการ พยาบาลพื้นฐาน ตามคำจำกัดความ ในหมวด 12 และ รวมเข็ม Syringes แล้ว - ไม่รวม เวชภัณฑ์ สิ้นเปลืองอื่นๆ เช่น สาย Suction
55020	12.1.2	ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ	ครั้ง	50	- รวมบริการ พื้นฐานทั้งหมด ตั้งแต่ทำบัตร พบ แพทย์ และรับยา
55021	12.1.3	ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ	ครั้ง	50	- มิให้เบิกในกรณี ที่มีการนัดมาทำ หัตถการต่างๆ เช่น ล้างแผล ฉีด ยา ทำกายภาพ ฟอกเลือดตรวจ เลือด หรือ X-ray เป็นต้น
55210	12.1.4	การล้างตา/ล้าง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง	140	ไม่สามารถคิดใน ผู้ป่วยในเพราะ รวมในค่าบริการ พยาบาลทั่วไป
55211	12.1.5	เช็ดตา (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง	100	
55212	12.1.6	ล้างท่อน้ำตา	ครั้ง/ข้าง	300	
55220	12.1.7	ค่าล้างจมูก/ล้าง	ครั้ง	180	
55310	12.1.8	การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way) (เฉพาะผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	250	
55311	12.1.9	การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม (เฉพาะผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	500	รวม Airway

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
55320	12.1.10	การพ่นยาขยายหลอดลม (เฉพาะผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	90	- รวมวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ เช่น O ₂ , ถัง มือ เป็นต้น - ไม่รวมสาย Suction
55510	12.1.11	การใส่สายยางกระเพาะอาหาร	ครั้ง	140	
55511	12.1.12	การให้อาหารทางสายยาง (เฉพาะผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉิน)	ครั้ง	100	ไม่รวมสาย NG
55512	12.1.13	การล้างกระเพาะอาหาร	ครั้ง	350	ไม่สามารถคิดใน ผู้ป่วยในเพราะ รวมในค่าบริการ พยาบาลทั่วไป
55520	12.1.14	การตรวจทางทวารหนัก	ครั้ง	250	รวมน้ำเกลือที่ใช้ ล้างด้วย 3-7 ลิตร
55521	12.1.15	การสวนอุจจาระด้วยน้ำเกลือ	ครั้ง	200	รวมวัสดุ
55610	12.1.16	การสวนปัสสาวะทิ้ง	ครั้ง	200	ไม่รวมสายสวน และถุง
55611	12.1.17	การสวนปัสสาวะคาสาย	ครั้ง	250	รวมน้ำเกลือที่ใช้ ล้าง 3 ลิตร
55612	12.1.18	การล้างกระเพาะปัสสาวะ	ครั้ง	250	รวมน้ำยา ถังมือ
55620	12.1.19	การตรวจภายใน	ครั้ง	300	รวมชุด และน้ำยา
55621	12.1.20	การสวนล้างช่องคลอด	ครั้ง	350	รวม Set flush น้ำยา ถังมือ
55622	12.1.21	การอบไฟ Perinium	ครั้ง	100	
55810	12.1.22	การทำแผลแห้ง/แผลเย็บ	แผล	120	รวม Set น้ำยา พลาสติกเกอร์ กอส และสำลี ที่อยู่ใน ชุด อย่างละ 5-7 ชิ้น
55811	12.1.23	การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	แผล	200	รวมเพิ่ม Top dressing 3-7 ชิ้น Sterile glove, Syringe
55812	12.1.24	การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (>15 นาที)	แผล	500	รวมเพิ่ม Top dressing 8-12 ชิ้น Sterile glove, Syringe

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
55820	12.1.25	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง	80	- รวม IV set, T-way, extension, IV catheter - ไม่รวมสารน้ำ
55822	12.1.26	การฉีดยา IV (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	70	รวมเข็ม และ Syringe
55823	12.1.27	การฉีดยา IM (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	40	
55824	12.1.28	การฉีดยาใต้ผิวหนัง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	40	
55830	12.1.29	การตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์	ครั้ง	100 ^{*2}	ผู้มีสิทธิ รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายเอง
55999	12.1.30	อื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการตามหัวข้อ 12.1-12.7 ข้างต้น และเป็นรายการที่ไม่ สามารถเทียบเคียงได้		100	

*² การตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์ หมายถึง การตรวจร่างกายโดยแพทย์และออกใบรับรองแพทย์ให้ผู้มารับบริการ โดยรวมค่าบริการผู้ป่วยนอกแล้ว แต่ไม่รวมการตรวจบริการทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาเพิ่มเติม ให้คิดตามรายการ

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

หมวดที่ 14

ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการในการทำกายภาพบำบัด และการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจหรือร่างกายของผู้ป่วย โดยมีการคิดค่าบริการตามรายการหัตถการหรือรายครั้งหรือรายกิจกรรม ทั้งนี้ ให้รวมค่ายาพื้นฐาน ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าเครื่องมือในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
14.1. ค่ารักษาทางกายภาพบำบัด					
56001	14.1.1	การประคบด้วยแผ่นความร้อน (Hydrocollator)	ครั้ง/วัน	60	
56002	14.1.2	การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Electrical Stimulation)	ครั้ง	60	
56003	14.1.3	การรักษาด้วยคลื่นเสียง (Ultrasound Diathermy)	ครั้ง	60	
56004	14.1.4	การรักษาด้วยคลื่นสั้น (Short Wave Diathermy)	ครั้ง	70	
56005	14.1.5	การรักษาด้วยคลื่นเลเซอร์ (Laser Therapy)	ครั้ง	60	
56006	14.1.6	การแช่พาราฟิน (Parafin Bath)	ครั้ง	80	
56007	14.1.7	การกดจุดและการนวด (Acupressure & Massage)	ครั้ง/วัน	80	
56008	14.1.8	การพันเทป (Taping)	ครั้ง	50	
56009	14.1.9	การออกกำลังกายทั่วไป (Exercise)	ครั้ง	80	
56010	14.1.10	การออกกำลังกายด้วยเครื่องน้ำอุ่นวน (Whirlpool)	ครั้ง	130	
56011	14.1.11	การออกกำลังกายด้วยจักรยานอยู่กับที่หรือลู่วิ่งกล (Ergometer Bicycle or Treadmill)	ครั้ง	80	
56020	14.1.12	สอนญาติและผู้ป่วยปฏิบัติตนที่บ้าน (Home Program)	ครั้ง	100	
56101	14.1.13	การฝึกเด็กพิการทางสมอง (Cerebral Palsy Training)	ครั้ง	100	
56110	14.1.14	การปรับยืนด้วยเตียง (Tilt Table)	ครั้ง	80	
56111	14.1.15	การฝึกเดิน (Ambulation Training)	ครั้ง	80	
56120	14.1.16	การดึงคอด้วยเครื่อง (Cervical Traction)	ครั้ง	70	
56121	14.1.17	การดึงหลังด้วยเครื่อง (Pelvic Traction)	ครั้ง	70	
56301	14.1.18	การรักษาผู้ป่วยทางเดินหายใจ (Chest Therapy)	ครั้ง	100	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
56701	14.1.19	การเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ (Passive Movement)	ครั้ง	80	
56702	14.1.20	การดัดตั้งข้อต่อ (Manipulation & Mobilization)	ครั้ง	80	
14.2 การตรวจรักษาทางจิตประสาท					
56900	14.2.1	การตรวจเพื่อออกไปรับรองแพทย์ทางจิต (สำหรับใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย)	ครั้ง	1,100	ผู้มีสิทธิ รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายเอง
56901	14.2.2	กลุ่มจิตบำบัด/พฤติกรรมบำบัด/ฟื้นฟูสภาพ เช่น นันทนาการ อ่านหนังสือ ภาพสะท้อน เสริมแรงจิตใจ	คน/ครั้ง/ กลุ่ม	100	
56902	14.2.3	การทำกลุ่มจิตบำบัดรายบุคคล	ราย	500	
56903	14.2.4	การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด	เดือนละ	300	
56904	14.2.5	การทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน	เดือนละ	300	
56905	14.2.6	พฤติกรรมบำบัด	เดือนละ	300	
56906	14.2.7	วิธีบำบัด (ฝึกพูด)	ครั้ง	200	
14.3 ค่าบริการกิจกรรมบำบัด					
57001	14.3.1	ADL Training, physical, psychological and kinetic training	ครั้ง/วัน	60	
57709	14.3.2	Biometric UE Exercise	ครั้ง	40	
57710	14.3.3	Sketboard	ครั้ง	30	
57711	14.3.4	OB.Help Arm	ครั้ง	30	
57101	14.3.5	Balance/Coordination Training	ครั้ง	80	
57102	14.3.6	Oromotor Stimulation	ครั้ง	80	
57501	14.3.7	ADL (Feeding)	ครั้ง	50	
57502	14.3.8	Swallowing & eating	ครั้ง	50	
57701	14.3.9	Amputation	ครั้ง	80	
57702	14.3.10	Hand Function Training	ครั้ง	80	
57703	14.3.11	CPM Elbow	ครั้ง	40	
57704	14.3.12	CPM Hand	ครั้ง	40	
57705	14.3.13	Splinting/Adaptive Device Making	ครั้ง	70	
57706	14.3.14	Myofeedback	ครั้ง	30	
57707	14.3.15	Muscle Re-education/Normalize Muscle Tone	ครั้ง	80	

บัญชีแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
57708	14.3.16	Ergonomic/Home and Workplace Modification	ครั้ง	80	
57901	14.3.17	Developmental Stimulation	ครั้ง	80	
57902	14.3.18	Developmental Training/Stimulation	ครั้ง	70	
57903	14.3.19	Perception/Cognitive Training	ครั้ง	80	
57904	14.3.20	Attention/Concentration Training	ครั้ง	70	
57905	14.3.21	Psychiatric Training	ครั้ง	80	
57906	14.3.22	Preschool Training	ครั้ง	70	
57907	14.3.23	Social Skill Training	ครั้ง	70	
57908	14.3.24	Task and Activity for Behavioral Modification	ครั้ง	70	
57909	14.3.25	Prespeech Training	ครั้ง	70	
57910	14.3.26	Prevocational Training	ครั้ง	80	

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

หมวดที่ 16
ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง หมายถึง ค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ
ซึ่งไม่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น ค่าใช้โทรศัพท์ เป็นต้น

รหัสรายการ	ลำดับ	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
	16.1	การติดตามหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์	ครั้ง	100	ผู้มีสิทธิ รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายเอง

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563
โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน

รายการแนบท้าย: ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมป้องกันโรค มิใช่การรักษาพยาบาล ซึ่งตามกฎหมายเดิมได้กำหนดยกเว้นเป็นกรณีพิเศษให้เฉพาะผู้มีสิทธิ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ) สามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งแบ่งการตรวจเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ และผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยมีสิทธิเบิกปีละ 1 ครั้ง ตามปีงบประมาณ แต่สามารถยื่นเบิกได้ตามปีปฏิทิน (1 ปี) นับถัดจากวันที่ปรากฏในใบเสร็จรับเงิน และบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิไม่สามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ (พระราชกฤษฎีกา มาตรา 18)

การตรวจสุขภาพประจำปี ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนทุกครั้งและให้เบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

1. การตรวจสำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์

รายการ	ราคา
1.1 Chest X-ray	170
1.2 Urine Examination - Urine Analysis (รหัส 31001)	50
1.3 Stool Examination - Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
1.4 Complete Blood Count: CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
1.5 ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
- ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
- Pap Smear (รหัส 38401)	100

2. การตรวจสำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

รายการ	ราคา
2.1 รายการการตรวจสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ รายการที่ 1.1-1.5	ตามอัตราที่กำหนด
2.2 Blood Chemistry	
- Glucose (รหัส 32203)	40
- Cholesterol (รหัส 32501)	60
- Triglyceride (รหัส 32501)	60
- Blood Urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	50
- Creatinine (รหัส 32202)	50
- SGOT (AST) (รหัส 32310)	50
- SGPT (ALT) (รหัส 32311)	50
- Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)	50
- Uric Acid (รหัส 32205)	60

หมายเหตุ แก้ไขเพิ่มเติม

1. ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2563
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

2. ตรวจ Pap Smear (รหัส 38302) จาก 50 บาท เป็น 100 บาท ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/ว 17 ลงวันที่ 9 มกราคม 2550
3. ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว 362 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2554 ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับใช้สำหรับการตรวจสอบสภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2555 เป็นต้นไป