

24.การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) 5. ผู้ต้องขัง (Prisoner)
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นผลบวก
หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี 2.ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1.ค่าบริการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Screening test) ด้วยวิธี Rapid test /เครื่องอัตโนมัติ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สำหรับประชาชนทั่วไป ที่เกิดก่อนปี 2535 เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน 1.2 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน/ปี 2. ค่าบริการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่ง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี <ol style="list-style-type: none"> 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง 2.2 HCV RNA จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อครั้ง
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> 1.ตรวจคัดกรอง บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB /NAP (กลุ่มเสี่ยง) 2. ตรวจยืนยันโรค บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim/NAP (กลุ่มเสี่ยง)



ประกาศ HCV ณ2