

ที่ สธ ๐๖๔๔/๑๐๒๖๒๓



สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง แนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๔ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ เห็นชอบให้การตรวจคัดกรองกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Inborn Error of Metabolism; IEM) ด้วยเครื่อง (Tandem Mass Spectrometry; TMS) เป็นสิทธิประโยชน์ในทารกไทยแรกเกิด เพิ่มจากการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด (Congenital Hypothyroidism; CHT) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria; PKU) รวมอยู่ในกลุ่มโรค IEM โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดและศูนย์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก

ในการนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ ให้บริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ ๓ ๖ และ ๑๓ ขอแจ้งแนวทางปฏิบัติสำหรับการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ดังนี้

๑. บริการตรวจคัดกรองโรค CHT และกลุ่มโรค IEM สำหรับทารกไทยแรกเกิดทุกราย ฟรี ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

๒. บริการตรวจคัดกรอง ทารกต่างชาติ คิดอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ ตามประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (อัตราเดียวกับทารกไทย) ดังนี้

๒.๑ บริการตรวจคัดกรองโรค CHT อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ ๑๓๕ บาทต่อราย

๒.๒ บริการตรวจคัดกรองกลุ่มโรค IEM อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ ๕๐๐ บาทต่อราย

๒.๓ บริการตรวจคัดกรอง CHT และ กลุ่มโรค IEM อัตราค่าตรวจวิเคราะห์ ๖๓๕ บาทต่อราย

๓. ขั้นตอนการจัดส่งตัวอย่างสำหรับคัดกรองทารกแรกเกิด ให้โรงพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ ทารกไทย ระบุหมายเลขบัตรประชาชนมารดาหรือทารกในใบประวัติและในเมนูการจัดส่งตัวอย่างทุกรายให้ถูกต้องครบถ้วน

๓.๒ ทารกไทยที่มารดาเป็นต่างชาติ ขอให้ไปแจ้งเกิดโดยเร็วที่สุดพร้อมทั้งแจ้งหมายเลขบัตรประชาชนของทารก ให้ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองฯ ทราบ และเขียนหมายเหตุในใบประวัติและในเมนูการจัดส่งตัวอย่างให้ทราบว่าเป็น “ทารกไทย” หรือ “พ่อไทย” (ทารกที่ไม่มีข้อมูลหมายเลขบัตรประชาชนทั้งของมารดาและทารก ในเบื้องต้นจะได้รับการตรวจคัดกรองโรค CHT เท่านั้น)

๓.๓ ทารกต่างชาติ

๓.๓.๑ ใบประวัติต้องทำเครื่องหมายถูก ช่องต่างชาติ พร้อมระบุสัญชาติของทารก และในเมนูการจัดส่งตัวอย่างให้ระบุสัญชาติทารกที่ช่องหมายเหตุ

๓.๓.๒ ทารกต่างชาติ โรงพยาบาลต้องพร้อมชำระอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ ตามประกาศกรมฯ และตามความประสงค์ที่ขอรับบริการ โดยระบุข้อความ “ขอตรวจ CHT- IEM” ให้ชัดเจน ในช่องหมายเหตุของใบประวัติและในเมนูการจัดส่งตัวอย่าง

๓.๓.๔ หากไม่ทราบ/ไม่มีหมายเลขบัตรประชาชน ไม่ต้องกรอกหมายเลขใดๆ ในช่องหมายเลขบัตรประชาชนมารดาและทารก

๔. แจ้งยกเลิกบริการตรวจวิเคราะห์ TSH และ FT4 ในตัวอย่างซีรัม ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป เนื่องด้วยปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถตรวจวิเคราะห์ TSH และ FT4 ในตัวอย่างซีรัมได้ เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยและให้การรักษาโรค CHT ได้รวดเร็ว โรงพยาบาลขอรับชุดเขยอัตราค่าตรวจวิเคราะห์จาก สปสช. ได้ตามเงื่อนไข และการส่งตัวอย่างซีรัมมาตรวจที่ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองฯ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดมีเพียง ๕ ตัวอย่าง (เดือนมีนาคม ๒๕๖๗)

๕. ขอความร่วมมือโรงพยาบาลแจ้ง ผลการวินิจฉัยยืนยันและผลการรักษาโรค CHT/IEM โดยแจ้งผ่านระบบสารสนเทศของของศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ ที่เมนู “ติดต่อศูนย์ฯ และเครือข่าย” เพื่อสนับสนุนยืนยันผลการติดตามทารกทุกรายและรวบรวมเป็นข้อมูลระดับประเทศ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.neoscreen.go.th

๖. เงื่อนไขการส่งกระดาษซับของทารกไทย เพื่อตรวจคัดกรองครั้งที่ ๒ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ดังนี้

- ทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์)
- ทารกป่วย
- ทารกน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม)
- ครรภ์แฝดจากไข่ใบเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวปนัดดา เทพอักษร)

ผู้อำนวยการสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๙๙๒๒๔

โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๗๕๗