



ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร

เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ (ฉบับที่ ๑๓)

กองคลัง  
219441 วันที่ 29 ส.ค. 2566  
รับท.....  
เวลา.....ส่งคืน.....

อนุสนธิ ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทน  
ผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์  
ฉบับลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

เพื่อให้การกำหนดอัตราค่าบริการและการเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษ  
นอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย  
อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ มาตรา ๒๑ และมาตรา ๓๗ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร  
พ.ศ. ๒๕๓๓ และความในข้อ ๔ และข้อ ๕ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วย การจ่ายเงินค่าตอบแทน  
ผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับ  
มติคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัย ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/ ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ ให้กำหนด  
อัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย  
นเรศวร คณะแพทยศาสตร์ เพิ่มเติม ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการ  
และอัตราค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์  
(ฉบับที่ ๑๓)”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทน  
ผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ (แก้ไขเพิ่มเติม)  
ฉบับที่ ๑๑ ฉบับลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

(๒) ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทน  
ผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ (แก้ไขเพิ่มเติม)  
ฉบับที่ ๑๒ ฉบับลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเติมอัตราค่าบริการหักถดถอยและค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานการให้บริการ  
แบบท่าย ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง กำหนดอัตราค่าบริการและอัตราค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน  
คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ ดังนี้


สำเนาถูกต้อง

(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)


นิติกร

หมวดที่ ๑๑  
ค่าทำหัตถการ และวินิจฉัย  
อัตราค่าบริการ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น คลินิกพิเศษนอกเวลา

ลำดับ	ชื่อตามกรมบัญชีกลาง	กรมบัญชีกลาง		ค่าตอบแทน				รวม ค่าบริการ ทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคา (เบิกไม่ได้) (บาท)	แพทย์ /คน	นักวิทยาศาสตร์ /คน	พยาบาล /คน	ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาล/ พนักงาน ช่วยเหลือ คนไข้ /คน	
๑.	ค่าตรวจน้ำเชื้อสุจิ (SA)	-	๑,๐๐๐	-	๒๐๐	-	-	๑,๒๐๐
๒.	ค่าทำเด็กหลอดแก้ว (OPU/ICSI)	-	๓๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒,๕๐๐	๘๐๐	๔๐๐	๓๙,๗๐๐
๓.	ค่าเก็บไข่ (กรณีเก็บไข่ไม่ได้)	-	๕,๐๐๐	๒,๐๐๐	๑,๐๐๐	๘๐๐	๔๐๐	๙,๒๐๐
๔.	ค่าฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรง มดลูก (IUI)	-	๒,๕๐๐	๕๕๐	๕๐๐	๑๒๐	๑๐๐	๓,๗๗๐
๕.	ค่าใส่ตัวอ่อน (ET)	-	๔,๐๐๐	๑,๒๐๐	๖๐๐	๓๐๐	๑๕๐	๖,๒๕๐
๖.	ค่าละลายไข่ และตัวอ่อนแช่แข็ง	-	๔,๐๐๐	-	๗๐๐	-	-	๔,๗๐๐
๗.	ค่าแช่แข็งไข่และตัวอ่อน (ไม่เกิน ๓ หลอด ต่อครั้ง ถ้าเกินคิดค่าหลอดเพิ่ม)	-	๘,๕๐๐ (ตั้งแต่หลอดที่ ๔ เป็นต้นไป ๑,๐๗๕ บาท/ หลอด)  *รวมค่าฝาก แช่ปีแรก*	-	๗๐๐	-	-	๙,๒๐๐
๘.	ค่าแช่แข็งน้ำเชื้อสุจิ (ไม่เกิน ๓ หลอดต่อครั้ง ถ้าเกินคิดค่าหลอดเพิ่ม) <b>สำเนาถูกต้อง</b>	-	๒,๕๐๐ (ตั้งแต่หลอดที่ ๔ เป็นต้นไป ๑๘ บาท/ หลอด)	-	๗๐๐	-	-	๓,๒๐๐

  
(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)  
นิติกร

ลำดับ	ชื่อตามกรมบัญชีกลาง	กรมบัญชีกลาง		ค่าตอบแทน				รวม ค่าบริการ ทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคา (เบิกไม่ได้) (บาท)	แพทย์ /คน	นักวิทยาศาสตร์ /คน	พยาบาล /คน	ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาล/ พนักงาน ช่วยเหลือ คนไข้ /คน	
๙.	ค่าเตรียมน้ำเชื้อ (Sperm preparation)	-	๒,๐๐๐	-	๕๐๐	-	-	๒,๕๐๐
๑๐.	ค่าบริการฉีดน้ำเกลือเข้า โพรงมดลูก (SIS) สำหรับ ตรวจผู้มีบุตรยาก	-	๑,๒๐๐	๔๐๐	-	๑๒๐	๑๐๐	๑,๘๒๐
๑๑.	ค่าบริการตรวจคลื่นเสียง ความถี่สูงดูฟอลลิเคิลและ เยื่อโพรงมดลูก (ต่อครั้ง)	-	๘๐๐	๔๐๐	-	๑๐๐	๗๕	๑,๓๗๕
๑๒.	ค่าบริการเจาะเก็บอสุจิ จากอัมพะ (TESE)	-	๒,๐๐๐	๓,๐๐๐	๗๐๐	-	-	๕,๗๐๐
๑๓.	ค่าตัดชิ้นส่วนตัวอ่อน (Embryo biopsy)	-	๕,๐๐๐/ ตัว	-	๓๐๐/ตัว	-	-	๕,๓๐๐/ตัว
๑๔.	ค่าตรวจคัดกรองความ ผิดปกติของโครโมโซม ก่อนย้ายตัวอ่อน (PGS: Preimplantation genetic screening for aneuploidy screening)	-	๘,๐๐๐/ ตัว	-	-	-	-	๘,๐๐๐/ตัว
๑๕.	ค่าตรวจวินิจฉัยโรคทาง พันธุกรรมก่อนย้ายตัว อ่อน (PGD: diagnosis for thalassemia)	-	๑๒,๐๐๐/ ตัว	-	-	-	-	๑๒,๐๐๐/ ตัว
๑๖.	ค่าตรวจยืนยัน mutation ในพ่อและแม่ และตรวจหา genetic markers สำหรับ PGD ในกรณีที่ไม่มียีน Thalassemia Molecular Mutation	-	๓๙,๐๐๐	-	-	-	-	๓๙,๐๐๐

สำเนาถูกต้อง  
  
 (นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)  
 นิติกร

ลำดับ	ชื่อตามกรมบัญชีกลาง	กรมบัญชีกลาง		ค่าตอบแทน				รวม ค่าบริการ ทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคา (เบิกไม่ได้) (บาท)	แพทย์ /คน	นักวิทยาศาสตร์ /คน	พยาบาล /คน	ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาล/ พนักงาน ช่วยเหลือ คนไข้ /คน	
๑๗.	ค่าตรวจยืนยัน mutation ในพ่อและแม่ และตรวจหา genetic markers สำหรับ PGD ในกรณีที่มี ผล Thalassemia Molecular Mutation	-	๓๔,๐๐๐	-	-	-	-	๓๔,๐๐๐
๑๘.	ค่าใส่ตัวอ่อน และเจาะเปลือกไข่ (ET+Assisted hatching)	-	๕,๐๐๐	๑,๒๐๐	๖๐๐	๓๐๐	๑๕๐	๗,๒๕๐
๑๙.	ค่าเก็บไข่ สำหรับแช่แข็ง ไข่	-	๑๐,๐๐๐	๔,๐๐๐	๑,๕๐๐	๘๐๐	๔๐๐	๑๖,๗๐๐
๒๐.	ค่าตรวจติดตามอาการ นอกเวลาราชการ	-	๓๐๐	๓๐๐	-	๑๐๐	๗๕	๗๗๕
๒๑.	ค่าเก็บไข่ กรณีให้ยานอนหลับ แต่ไม่ได้เก็บไข่	-	๓,๐๐๐	๘๐๐	๓๐๐	๘๐๐	๔๐๐	๕,๓๐๐

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์वास)  
นิติกร

หมวดที่ ๑๑  
คำทำหัตถการ และวิธีปฏิบัติ  
อัตราค่าบริการ ศูนย์เลเซอร์ผิวหนังนเรศวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คลินิกพิเศษนอกเวลา

ลำดับ	ชื่อตามกรรมบัญญัติกลาง	กรรมบัญญัติกลาง		ค่าตอบแทน แพทย์/คน (บาท)	รวมค่าบริการ ทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคา เบิกไม่ได้ (บาท)		
๑.	คำฉีดยา Intralesional Kenacort (KA) ๒.๕-๑๐ mg (๐.๑-๐.๕ ml)	๗๑๘๒๐	๖๐	๖๐	๑๒๐
๒.	คำฉีดยา Intralesional Kenacort (KA) ๒.๕-๑๐ mg (๐.๖-๑.๐ ml)	๗๑๘๒๐	๑๒๐	๑๐๐	๒๒๐
๓.	คำฉีดยา Intralesional Kenacort (KA) ๒๐-๔๐ mg (๐.๑-๐.๓ ml)	๗๑๘๒๐	๖๐	๖๐	๑๒๐
๔.	คำฉีดยา Intralesional Kenacort (KA) ๒๐-๔๐ mg (๐.๕-๐.๖ ml)	๗๑๘๒๐	๑๒๐	๘๐	๒๐๐
๕.	คำฉีดยา Intralesional Kenacort (KA) ๒๐-๔๐ mg (๐.๗-๑.๐ ml)	๗๑๘๒๐	๑๘๐	๑๒๐	๓๐๐
๖.	คำฉีดยา Botulinum toxin ๐ - ๕๐ units (ไม่รวมยา)	-	๕๕	๔๙๕	๕๕๐ บาท/ ๑๐ units
๗.	คำฉีดยา Botulinum toxin ๕๑ - ๑๐๐ units (ไม่รวมยา)	-	๕๐	๔๕๐	๕๐๐ บาท/ ๑๐ units
๘.	คำฉีดยา Botulinum toxin มากกว่า ๑๐๐ units (ไม่รวมยา)	-	๔๙	๔๔๑	๔๙๐ บาท/ ๑๐ units
๙.	คำฉีดยา Intralesional transamine	-	๓๖๐	๒๔๐	๖๐๐
๑๐.	Comedone Extraction (กดสิว) ๑-๕ จุด	-	๕๐	๕๐	๑๐๐
๑๑.	Comedone Extraction (กดสิว) ๖-๑๐ จุด	-	๑๐๐	๑๐๐	๒๐๐
๑๒.	Comedone Extraction (กดสิว) มากกว่า ๑๐ จุด	-	๑๐๐	๑๕๐	๒๕๐

สำเนาถูกต้อง

  
(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)  
นิติกร

ลำดับ	ชื่อตามกรมบัญชีกลาง	กรมบัญชีกลาง		ค่าตอบแทนแพทย์ (บาท)	รวมค่าบริการทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคาเบิกไม่ได้ (บาท)		
๑๓.	Shave biopsy / ๑ จุด	-	๔๐๐	๓๐๐	๗๐๐
๑๔.	HIFU (Ultraformer) ๕๐ lines	-	๙๐๐	๕๕๐	๑,๔๕๐
๑๕.	HIFU (Ultraformer) ๑๐๐ lines	-	๑,๖๕๐	๑,๐๕๐	๒,๖๙๐
๑๖.	Picosecond laser จุดเล็ก ๆ (test spot)	-	๖๐๐	๔๐๐	๑,๐๐๐
๑๗.	Picosecond laser เฉพาะที่ ๕x๕ ตร.ซม.	-	๑,๐๐๐	๖๐๐	๑,๖๐๐
๑๘.	Picosecond laser ครึ่งหน้า	-	๒,๒๐๐	๑,๔๐๐	๓,๖๐๐
๑๙.	Picosecond laser ทั่วหน้า	-	๓,๑๐๐	๑,๙๐๐	๕,๐๐๐
๒๐.	Picosecond laser รักแร้	-	๑,๘๐๐	๑,๒๐๐	๓,๐๐๐
๒๑.	Picosecond laser หน้ารวมคอ/หลัง/หน้าอก/แขน/ขา	-	๔,๐๐๐	๒,๕๐๐	๖,๕๐๐
๒๒.	Picosecond laser รอยสัก ๑-๑๐ ตารางเซนติเมตร	-	๑,๒๐๐	๘๐๐	๒,๐๐๐
๒๓.	Picosecond laser รอยสัก ๑๑-๒๕ ตารางเซนติเมตร	-	๑,๘๐๐	๑,๒๐๐	๓,๐๐๐
๒๔.	Picosecond laser รอยสัก ๒๖-๑๐๐ ตารางเซนติเมตร	-	๒,๕๐๐	๑,๕๐๐	๔,๐๐๐
๒๕.	Cryogen air cooling (พ่นลมเย็น)	-	๖๐	-	๖๐
๒๖.	Glycolic peeling	-	๑๕๐	๕๐	๒๐๐
๒๗.	ผ่านตาปลา/จุด	๗๑๘๓๕	๗๐	๙๐	๑๖๐
๒๘.	วิเคราะห์ผิวด้วยกล้องถ่ายภาพสามมิติ (Antera)	-	๒๕๐	-	๒๕๐

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาท)  
 นิตกร

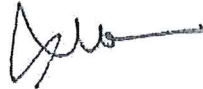
ลำดับ	ชื่อตามกรรมบัญญัติกลาง	กรรมบัญญัติกลาง		ค่าตอบแทน แพทย์ / คน (บาท)	รวมค่าบริการ ทั้งสิ้น (บาท)
		รหัส	ราคา เบิกไม่ได้ (บาท)		
๒๙.	CO๒ laser รอยโรค ๑ จุด	-	๓๓๐	๑๗๐	๕๐๐
๓๐.	CO๒ laser รอยโรค ๒ - ๕ จุด	-	๖๖๐	๓๔๐	๑,๐๐๐
๓๑.	CO๒ laser รอยโรค ๖ - ๑๐ จุด	-	๙๙๐	๕๑๐	๑,๕๐๐
๓๒.	CO๒ laser รอยโรค ๑๑ - ๒๐ จุด	-	๑,๔๕๒	๗๔๘	๒,๒๐๐
๓๓.	CO๒ laser รอยโรค ๒๑ - ๓๐ จุด	-	๑,๙๘๐	๑,๐๒๐	๓,๐๐๐
๓๔.	CO๒ laser รอยโรค ๓๑ - ๔๐ จุด	-	๒,๖๔๐	๑,๓๖๐	๔,๐๐๐
๓๕.	CO๒ laser รอยโรค มากกว่า ๔๐ จุด	-	๓,๓๐๐	๑,๗๐๐	๕,๐๐๐
๓๖.	CO๒ laser จี้ซ้ำ กรณีครั้งแรกจี้ไม่หมดเฉพาะจุดใหญ่	-	๑๐๐	๑๕๐	๒๕๐
๓๗.	Fractional Eco๒ laser เฉพาะจุด	-	๗๒๖	๓๗๔	๑,๑๐๐
๓๘.	Fractional Eco๒ laser ใต้ตาสองข้าง	-	๑,๓๒๐	๖๘๐	๒,๐๐๐
๓๙.	Fractional Eco๒ laser หน้าผาก	-	๑,๔๒๘	๖๗๒	๒,๑๐๐
๔๐.	Fractional Eco๒ laser แก้มสองข้าง	-	๒,๐๓๐	๘๗๐	๒,๙๐๐
๔๑.	Fractional Eco๒ laser ทิวหน้า	-	๒,๗๓๘	๙๖๒	๓,๗๐๐
๔๒.	IPL เฉพาะจุด	-	๖๒๗	๓๒๓	๙๕๐
๔๓.	IPL รักษาริ้ว	-	๗๙๒	๔๐๘	๑,๒๐๐
๔๔.	IPL ฆ่าเชื้อสิวทิวหน้า (photo shower)	-	๖๖๐	๓๔๐	๑,๐๐๐
๔๕.	IPL ทิวหน้า	-	๘๙๑	๔๕๙	๑,๓๕๐
๔๖.	IPL ทิวหน้า Full mode และฆ่าเชื้อสิว	-	๑,๓๒๐	๖๘๐	๒,๐๐๐
๔๗.	IPL หลัง/ลำตัว	-	๒,๓๑๐	๑,๑๙๐	๓,๕๐๐
๔๘.	ค่านีต filler ๑ ml ไม่รวมค่ายา	-	๓๕๐	๓,๓๐๐	๓,๖๕๐

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)  
นิติกร

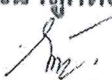
ข้อ ๕ ให้อธิการบดีเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ กรณีมีปัญหาจากการปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ ให้อธิการบดีเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดและคำวินิจฉัยชี้ขาดนั้นให้ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนทร์ทิพย์ แทนธานี)  
รักษาราชการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร

สำเนาถูกต้อง

  
(นางสาวกัลยารัตน์ วงศ์วาศ)  
นิติกร