

ด่วนที่สุด  
ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๖๕๑



กรมบัญชีกลาง  
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓)

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ และผู้อำนวยการสถานพยาบาลของเอกชน

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๔๖ ลงวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๓  
๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๔/ว ๑๓๐ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓)

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ - ๒ กรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้ผู้มีสิทธิ สถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของเอกชน ทราบและถือปฏิบัติในการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า กรมบัญชีกลางได้พิจารณาข้อมูลการจัดซื้อและการเบิกจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA) พบว่า ปัจจุบันราคาจำหน่ายยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ลดลง กรมบัญชีกลางจึงประสานความร่วมมือกับบริษัทผู้จำหน่ายยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ในการกำหนดอัตราค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ใหม่ โดยบังคับใช้กับสถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน ในอัตราเดียวกัน และเพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความเหมาะสม สอดคล้องกับราคาจำหน่ายยา ณ ปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ (๑) (๔) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และเพื่อให้การเบิกจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) สอดคล้องกับอัตราที่กำหนดขึ้นใหม่ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ ข้อ ๒๒ ข้อ ๒๓ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้ผู้มีสิทธิ สถานพยาบาล และส่วนราชการ ถือปฏิบัติดังนี้

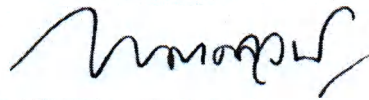
๑. อัตราค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) สำหรับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่งมีใช้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓) ในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวโดยอนุโลม

๒. ให้ยกเลิก ...

๒. ให้ยกเลิกความในข้อ ๓ ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามข้อ ๑ ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง (HD) เท่านั้น (ยกเว้นรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการในสถานพยาบาลของทางราชการ) โดยจัดส่งข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและข้อมูลจะต้องครบถ้วนสมบูรณ์ หากไม่สมบูรณ์ สกส. จะส่งข้อมูลกลับคืนให้หน่วยไตเทียมดำเนินการจัดทำข้อมูลใหม่ โดยแจ้งรหัส C เว้นแต่ ผู้ป่วยซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่ระบบเบิกจ่ายตรงให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ส่วนราชการได้ โดยที่วิธีปฏิบัติให้เป็นไปตามหนังสือที่อ้างถึง ๔”

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางแพตริเซีย มงคลวนิช)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานกฎหมายด้านสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๔๔๔๑ ๔๓๕๕ ๖๘๕๒ ๖๘๕๔

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@cgd.go.th



ประกาศกระทรวงการคลัง

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  
(ฉบับที่ ๓)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการบำบัดทดแทนไต  
ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อาศัยอำนาจตาม มาตรา ๘ (๑) (๔) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจ  
จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวาย  
เรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาล  
สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓)”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕ และเอกสารแนบท้ายของประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง  
หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  
ลงวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๓ และให้ใช้ข้อความและเอกสารแนบท้ายต่อไปนี้แทน

“ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษา  
ว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับ  
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียม ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

๕.๑ กรณีสถานพยาบาลของทางราชการ

(๑) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท ที่แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA)  
ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่แนบท้ายประกาศนี้

(๓) ค่ายาอื่น ๆ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้  
ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล  
ในสถานพยาบาลของทางราชการ

๕.๒ กรณีสถานพยาบาลของเอกชน เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มี  
เครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล

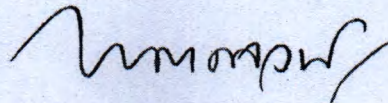
(๑) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เบิกได้ตามอัตราของสถานพยาบาล  
ของทางราชการ ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท

(๒) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA)  
ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่แนบท้ายประกาศนี้

(๓) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่แนบท้าย  
ประกาศนี้

(๔) ในกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมอื่น  
ที่มีใช้หน่วยไตเทียมที่เข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวกรองไตเทียม ให้มีสิทธิ  
เบิกค่าตัวกรองไตเทียมในอัตราชุดละ ๕๐๐ บาท เพิ่มเติมจากอัตรา ข้อ ๕.๒ (๑)”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางแพตริเซีย มงคลวนิช)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง ปฏิบัติราชการแทน  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

| ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| รายการค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท                        |
| - ตัวกรองทั้งแบบธรรมดาและแบบประสิทธิภาพสูง                                                   |
| - ค่าสายส่งเลือด                                                                             |
| - ค่า Reprocessing ตัวกรองและสายส่งเลือด                                                     |
| - ยาและอุปกรณ์การใช้ระหว่างการทำ Hemodialysis เช่น Glucose, Hypertonic NaCl solution เป็นต้น |
| - Antiseptic เช่น Betadine เป็นต้น                                                           |
| - Fistula Needle                                                                             |
| - Xylocaine, Heparin, Low molecular weight heparin                                           |
| - Surgical glove , Surgical mask                                                             |
| - Set IV fluid                                                                               |
| - Elastic adhesive bandage                                                                   |
| - ๐.๙ % NaCl                                                                                 |
| - Hemodialysis solution A + B                                                                |
| - ค่า Water treatment for Hemodialysis                                                       |
| - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจสอบคุณภาพระบบ Water treatment                            |
| - ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล และค่าแรงบุคลากรอื่น                                                    |
| - ค่าสถานที่ระหว่างการฟอกเลือด                                                               |
| - ค่าใช้บริการและค่าซ่อมบำรุงเครื่องไตเทียม                                                  |
| - ค่าบริหารจัดการหน่วยไตเทียม                                                                |

**หมายเหตุ (สถานพยาบาลของทางราชการ)**

๑. ค่าเลือดและอุปกรณ์ในการให้เลือด ค่าสายและการสวนสาย double lumen catheter ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่า X-ray สามารถเบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
๒. ค่ายา parenteral nutrition, human albumin, IV iron และค่ายาอื่น ๆ สามารถเบิกได้ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ
๓. รายการค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการฟอกเลือด เช่น ค่ารักษาผู้ป่วยนอกจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าผ่าตัดเส้นเลือดหรือเส้นเลือดเทียม เป็นต้น สามารถเบิกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี
๔. ค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการที่ไม่ได้ระบุไว้ ให้ถือว่าเป็นรายการที่เบิกตามอัตราเหมาจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



เอกสารแนบท้ายประกาศ (ข้อ ๕.๑(๒) และข้อ ๕.๒(๒))

รายการและอัตราค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA)  
(สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน)

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เข้ารับการรักษายาบาลกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน สามารถเบิกจ่ายยา Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA) ได้ตามรายการและอัตราในตารางด้านล่าง ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษายาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงผ่านการบันทึกในโปรแกรม HD

| ชื่อยา    | ขนาดของยา | ราคา  |
|-----------|-----------|-------|
| EPIAO     | ๔,๐๐๐ iu  | ๑๙๒   |
| EPOKINE   | ๔,๐๐๐ iu  | ๒๑๖   |
| EPORON    | ๔,๐๐๐ iu  | ๒๑๖   |
| EPODIS    | ๔,๐๐๐ iu  | ๖๖๘   |
| EPREX     | ๔,๐๐๐ iu  | ๑,๐๑๖ |
| ESPOGEN   | ๔,๐๐๐ iu  | ๒๑๖   |
| HEMA-PLUS | ๔,๐๐๐ iu  | ๓๕๒   |
| HEMAX     | ๔,๐๐๐ iu  | ๓๘๐   |
| HYPERCRIT | ๔,๐๐๐ iu  | ๓๘๐   |
| RENOGEN   | ๔,๐๐๐ iu  | ๑๙๖   |
| BINOCRIT  | ๔,๐๐๐ iu  | ๑,๐๑๖ |
| EPOTIV    | ๔,๐๐๐ iu  | ๑,๐๑๖ |
| RECORMON  | ๕,๐๐๐ iu  | ๑,๒๙๕ |
| MIRCERA   | ๗๕ ug     | ๕,๐๓๕ |
| NESP      | ๓๐ ug     | ๒,๓๙๐ |

\*ร้อยละของจำนวนเบิก คือ ร้อยละของจำนวนหน่วยของยาที่เบิกไม่เกินราคาที่กำหนด

ค่ายาที่เบิก คำนวณจาก

อัตราของรายการยาที่เป็นชื่อเดียวกัน ตามสัดส่วน (ปริมาณที่ใช้/ขนาดของยา) x ราคา

ตัวอย่าง

ใช้ยา HEMA-PLUS ขนาด ๕,๐๐๐ iu =  $\frac{5000iu}{4000iu} \times 352$  บาท

เบิกได้ = ๔๔๐ บาท



เอกสารแนบท้ายประกาศ (ข้อ ๕.๒(๓))

รายการและอัตราค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก ๓ เดือน (สถานพยาบาลของเอกชน)

| รหัส    | รายการ                                    | ราคา(บาท) |
|---------|-------------------------------------------|-----------|
| ๓๐๑๐๑   | Complete blood count (CBC)                | ๙๐        |
| *๓๐๑๐๔  | Hematocrit (centrifuged)                  | ๓๐        |
| ๓๒๑๐๙   | Phosphorus (Phosphate)                    | ๕๐        |
| ๓๒๐๐๑   | Electrolyte (Na, K, Cl, CO <sub>2</sub> ) | ๑๐๐       |
| ๓๒๑๐๖   | Calcium (Serum or Plasma)                 | ๕๐        |
| **๓๒๒๐๑ | BUN (Blood Urea Nitrogen)                 | ๔๐        |
| ๓๒๒๐๒   | Creatinine                                | ๔๐        |
| ๓๒๔๐๓   | Albumin (Quantitative)                    | ๓๐        |

หมายเหตุ \*ต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct) อย่างน้อย ทุก ๔ สัปดาห์

\*\*การตรวจ Kt/V และ URR เพื่อประเมินความเพียงพอของการฟอกเลือด ทำได้โดยการเจาะเลือด  
ดูค่า BUN per - dialysis และ post - dialysis (๒ ครั้ง) โดยสามารถเบิกค่าตรวจ BUN ๓๒๒๐๑



เอกสารแนบท้ายประกาศ (ข้อ ๕.๒(๓))

รายการและอัตราค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก ๖ เดือน (สถานพยาบาลของเอกชน)

| รหัส   | รายการ                                                                         | ราคา(บาท) |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ๓๐๑๐๑  | Complete blood count (CBC)                                                     | ๙๐        |
| ๓๐๓๐๔  | Iron Serum                                                                     | ๑๐๐       |
| ๓๐๓๐๕  | TIBC (Iron binding capacity)                                                   | ๘๐        |
| ๓๐๓๐๖  | Ferritin                                                                       | ๓๑๐       |
| ๓๒๑๐๙  | Phosphorus (Phosphate)                                                         | ๕๐        |
| ๓๒๐๐๑  | Electrolyte (Na, K, Cl, CO <sub>2</sub> )                                      | ๑๐๐       |
| ๓๒๑๐๖  | Calcium (Serum or Plasma)                                                      | ๕๐        |
| ๓๒๒๐๑  | BUN (Blood Urea Nitrogen)                                                      | ๔๐        |
| ๓๒๒๐๓  | Glucose (Blood, Urine, Other) (Quantitative)                                   | ๔๐        |
| ๓๒๖๑๓  | PTH (intact) (Parathyrin.intact)                                               | ๒๑๐       |
| ๓๖๓๑๗  | Hepatitis B virus HBs Ab detection                                             | ๑๕๐       |
| *๓๖๓๑๘ | Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen)<br>- PHA                | ๗๐        |
| *๓๖๓๑๙ | Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen)<br>- ELISA, MEIA, ECLIA | ๑๓๐       |
| ๓๖๓๓๑  | Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)                                | ๓๐๐       |

หมายเหตุ ไม่รวมการตรวจที่ต้องทำทุก ๓ เดือน

\*ตรวจรายการใดรายการหนึ่งตามวินิจฉัยของแพทย์

