



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) พบว่าปัจจุบันราคาจำหน่ายยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ลดลง กรมบัญชีกลางจึงประสานความร่วมมือกับบริษัทผู้จำหน่ายยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ในการกำหนดอัตราค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (ESA) ใหม่ โดยบังคับใช้กับสถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชนในอัตราเดียวกัน และเพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความเหมาะสม สอดคล้องกับราคาจำหน่ายยา ณ ปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ (๑) (๔) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ฉบับที่ ๓) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และเพื่อให้การเบิกจ่ายเงินค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (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. 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

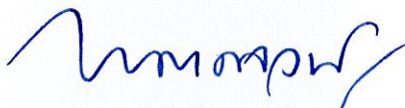
(๑) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เบิกได้ตามอัตราของสถานพยาบาล  
ของทางราชการ ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท

(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 ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางแพตริเซีย มงคลวนิช)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง ปฏิบัติราชการแทน  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
<p>รายการค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในอัตราเหมาจ่าย ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวกรองทั้งแบบธรรมดาและแบบประสิทธิภาพสูง</li><li>- ค่าสายส่งเลือด</li><li>- ค่า Reprocessing ตัวกรองและสายส่งเลือด</li><li>- ยาและอุปกรณ์การใช้ระหว่างการทำให้ Hemodialysis เช่น Glucose, Hypertonic NaCl solution เป็นต้น</li><li>- Antiseptic เช่น Betadine เป็นต้น</li><li>- Fistula Needle</li><li>- Xylocaine, Heparin, Low molecular weight heparin</li><li>- Surgical glove , Surgical mask</li><li>- Set IV fluid</li><li>- Elastic adhesive bandage</li><li>- ๐.๙ % NaCl</li><li>- Hemodialysis solution A + B</li><li>- ค่า Water treatment for Hemodialysis</li><li>- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจสอบคุณภาพระบบ Water treatment</li><li>- ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล และค่าแรงบุคลากรอื่น</li><li>- ค่าสถานที่ระหว่างการฟอกเลือด</li><li>- ค่าใช้บริการและค่าซ่อมบำรุงเครื่องไตเทียม</li><li>- ค่าบริหารจัดการหน่วยไตเทียม</li></ul>

**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)

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน สามารถเบิกค่ายา Erythropoiesis-Stimulating Agents (ESA) ได้ตามรายการและอัตราในตารางด้านล่าง ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงผ่านการบันทึกในโปรแกรม HD

ชื่อยา	ขนาดของยา	ราคาขาย
EPIAO	๔,๐๐๐ iu	๑๙๒
EPOKINE	๔,๐๐๐ iu	๒๑๖
EPORON	๔,๐๐๐ iu	๒๑๖
EPOSIS	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 ราคาขาย

ตัวอย่าง

ใช้ยา HEMA-PLUS ขนาด ๕,๐๐๐ iu =  $\frac{๕๐๐๐iu}{๔๐๐๐iu} \times ๓๕๒$  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



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, CO๒)	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) - PHA	๗๐
*๓๖๓๑๙	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	๑๓๐
๓๖๓๓๑	Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)	๓๐๐

หมายเหตุ ไม่รวมการตรวจที่ต้องทำทุก ๓ เดือน

\*ตรวจรายการใดรายการหนึ่งตามวินิจฉัยของแพทย์

