



สำนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา
รับที่ 9356
วันที่ 18 มี.ค. 2568
เวลา 14:10 น.

ที่ มท ๐๕๐๓.๔/ว ๖๕๑๙

ถึง จังหวัดทุกจังหวัด

กรมที่ดิน ขอส่งสำเนาหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๑๕๒ ลงวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม) มาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จาก QR Code ด้านล่าง

เรียน จพด.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ ให้ทราบขอหมาย

☒ ฝ่ายอำนวยการ ☐ ฝ่ายรังวัด

☐ กลุ่มงาน ☐ ฝ่ายควบคุมฯ

☐ ฝ่ายทะเบียน

☒ ฝ่ายกฎหมาย ☐ ฝ่ายบริหาร ☐ ฝ่ายปฏิบัติ

☐



(นางสาวสุพรรณิ จันทวงศ์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน
กองคลัง

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๘

โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๕๙๗๕

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๐๙๓

E-mail: finance@dol.go.th

(นางเนตรอนงค์ แก้วมณี)

ผู้อำนวยการอาวุโส

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๘

อก.

(นางสุจิตร์ สุขสว่าง)

เจ้าหน้าที่ดินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๘



ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๑๕๒

ลงวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘

ที่ สข ๐๐๒๐.๑/ว ๑๕๓๕

เรียน เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา สาขาทุกสาขา

สำนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา ขอส่งสำเนาหนังสือ
กรมที่ดิน ที่ มท ๐๕๐๓.๔/ว ๖๕๑๙ ลงวันที่ ๑๘
มีนาคม ๒๕๖๘ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่า
รักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผดหนังเรื้อรังซึ่ง
จำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม) มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติ



(นางเนตรอนงค์ แก้วมณี)

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส ปฏิบัติราชการแทน

เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

๒๑ มี.ค. ๒๕๖๘



กรมที่ดิน
เลขที่รับ ๑๑๕๖๒
วันที่ ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๘
เวลา ๑๕:๔๔ น. ผู้รับ.....

กองคลัง
รับที่ 3030
วันที่ ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๘
เวลา 16:32

ที่ กค ๐๔๑๖.๒/๑๐๒

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

ที่ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เพิ่มเติม)

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้อำนวยการจังหวัด เลขานุการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้อำนวยการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๖๒๓ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓
๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๐๓ ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๑๖๖ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๔

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab ช็อบ่งใช้ โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ เดือน ถึง ๑๒ ปี
๒. แนวทางการเบิกจ่ายค่ายา Abrocitinib (ผู้ป่วยอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป) และยา Baricitinib (ผู้ป่วยอายุ ๒ ปีขึ้นไป) ช็อบ่งใช้ โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis)
๓. แบบบันทึกการรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดจากยาในกลุ่ม JAK inhibitors และยินยอมรับการรักษายาด้วยยา Abrocitinib หรือยา Baricitinib ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis)
๔. รายการและอัตราเบิกจ่ายค่ายา

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรัง (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ประกอบด้วย โรคสะเก็ดเงินและโรคเห็บพิษ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Etanercept, Infliximab, Rituximab และ Secukinumab และกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติกซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อและกระดูกสันหลังอักเสบ โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดมีอาการทางข้ออักเสบ โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดไม่มีอาการทางข้ออักเสบ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Adalimumab, Baricitinib, Etanercept, Infliximab, Rituximab, Secukinumab, Tocilizumab และ Tofacitinib พร้อมทั้งกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม จำเป็น ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ วรรคหนึ่ง (๑) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมบัญชีกลาง โดยได้รับมอบอำนาจจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงเห็นควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กำหนดเพิ่มรายการยาสำหรับการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) ในระบบ DDPA ดังนี้

- ๑.๑ ยา Dupilumab สำหรับการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ เดือน ถึง ๑๒ ปี
๑.๒ ยา Abrocitinib สำหรับการรักษาผู้ป่วยอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป และยา Baricitinib สำหรับการรักษาผู้ป่วยอายุ ๒ ปีขึ้นไป

พร้อมทั้ง...

แนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab ชีบ่งใช้ โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis)
สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 12 ปี
(ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 152 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568)

1. ระบบอนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา

1.1 ให้สถานพยาบาลส่งหนังสือแจ้งรายชื่อแพทย์ผู้รักษา วุฒิการศึกษา และเลขที่เวชกรรม ต่อหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายเพื่อเข้าระบบได้

1.2 ให้ขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab จากระบบ Dermatology Disease Prior Authorization (DDPA) ก่อนทำการรักษา โดยให้สถานพยาบาลลงทะเบียนแพทย์ ผู้ป่วย และส่งข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่ถูกต้องเป็นจริง ตามโปรโตคอลที่กำหนด (Protocol AD-Dupi)

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยมีแพทย์ตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 ที่พร้อมจะดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขากุมารเวชศาสตร์โรคผิวหนังหรือกุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 กรณีที่สถานพยาบาลในข้อ 2 ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 กุมารแพทย์ทั่วไปสามารถส่งจ่ายยาได้ภายใต้กำกับของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 ที่มีหลักฐานในเวชระเบียนของสถานพยาบาลว่ามีการดูแลผู้ป่วยร่วม และได้รับการอนุมัติการใช้ยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 มาแล้ว

4. เกณฑ์อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา

อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Dupilumab ในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 12 ปี โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

4.1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Hanifin & Rajka (1980) ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4.2 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรง (มีคะแนน Eczema Area and Severity Index (EASI) score ≥ 20 หลังจากให้การรักษาด้วยยาทาสดังกล่าวแล้วร่วมกับการทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง)

4.3 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยการทายา medium-to high-potency corticosteroid ร่วมกับมีประวัติว่าไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย systemic therapy (EASI score ลดลงไม่ถึงร้อยละ 50) หรือ ไม่สามารถหยุดการรักษาด้วยยา systemic therapy ได้ หรือมีข้อห้ามหรือผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา systemic therapy โดยการรักษาด้วยยา systemic therapy ได้แก่

- 1) Systemic corticosteroids ขนาด 0.5 มก./กก./วัน ระยะเวลา 2 สัปดาห์
- 2) Cyclosporin ขนาด 3 - 5 มก./กก./วัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์
- 3) Azathioprine ขนาด 1 - 2 มก./กก./วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
- 4) การรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม (phototherapy) Narrowband Ultraviolet B (NUVB), Psoralen-Ultraviolet A (PUVA) 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ Ultraviolet A 1 (UVA1) 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 24 ครั้ง หรือ 12 สัปดาห์ต่อเนื่อง



พิจารณาปรับระยะห่างในการฉีดยา และให้พิจารณาหยุดยา หากผู้ป่วยมีค่า EASI score ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 โดยได้รับการฉีดยา Dupilumab ทุก 8 สัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง

8.2 หากผู้ป่วยติดเชื้อหนองพยาธิในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยา Dupilumab และไม่ตอบสนองต่อการรักษา หนองพยาธิ ให้หยุดการรักษาด้วยยา Dupilumab จนกว่าจะหายจากการติดเชื้อ

8.3 มีอาการแพ้ยาหรือองค์ประกอบของยา เช่น anaphylaxis



7. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

7.1 ยา Abrocitinib

7.1.1 ในผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12 - 17 ปี ที่มีน้ำหนักระหว่าง 25 - 59 กิโลกรัม รับประทาน 100 มก./วัน ผู้ป่วยเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่า 59 กิโลกรัมขึ้นไป หรือในผู้ป่วยผู้ใหญ่ รับประทาน 100 - 200 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อขนาด 100 มก. แนะนำให้เพิ่มเป็น 200 มก.

7.1.2 ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติ ควรลดขนาดยาลง ดังนี้

- eGFR 30-60 mL/min ให้ขนาด 50 - 100 มก./วัน

- eGFR <30 mL/min ให้ขนาด 50 มก./วัน

7.1.3 ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาที่ไปยับยั้ง cytochrome P450 หรือการทำงานของ CYP2C19 ผิดปกติ ควรลดขนาดยาในเด็กลงเหลือ 50 มก./วัน และในผู้ใหญ่เหลือ 50 - 100 มก./วัน

7.1.4 ถ้าผู้ป่วยได้รับยา potent CYP2C19 inhibitors เช่น Fluconazole, Fluvoxamine, Fluoxetine และ Ticlopidine ในเด็กควรเริ่มยาที่ขนาด 50 มก./วัน และในผู้ใหญ่ เริ่มที่ขนาด 50 - 100 มก./วัน

7.1.5 ถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่เป็น substrate ของ P-glycoprotein เช่น Dabigatran etexilate หรือ Digoxin อาจทำให้ประสิทธิภาพของยาเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงมากขึ้น

7.2 ยา Baricitinib

7.2.1 ในผู้ป่วยเด็กที่มีน้ำหนักระหว่าง 10 - 29 กิโลกรัม รับประทาน 2 มก./วัน ผู้ป่วยเด็กที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 30 กิโลกรัมขึ้นไป รับประทาน 2 - 4 มก./วัน และในผู้ป่วยผู้ใหญ่ รับประทาน 4 มก./วัน

7.2.2 ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติ ควรลดขนาดยาลง ดังนี้

- eGFR 30-60 mL/min ควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง

- eGFR <30 mL/min ไม่ควรให้การรักษาด้วย Baricitinib

7.2.3 ถ้าผู้ป่วยเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 30 กิโลกรัม และรับประทานยาในกลุ่ม organic anion transporter 3 (OAT3) inhibitor เช่น Probenecid หรือมีภาวะไตบกพร่องปานกลาง ควรรับประทานยาไม่เกิน 1 มก./วัน

หมายเหตุ: การรักษาด้วยยา Abrocitinib หรือ Baricitinib สามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาทาสดียรอยด์ หรือยาทากลุ่ม calcineurin inhibitor ร่วมกับการทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนึ่ง

8. การประเมินระหว่างการรักษา

ประเมินความรุนแรงของโรค ด้วย EASI score ที่ 16 สัปดาห์

- EASI score ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ให้ยาต่อ และอาจพิจารณาเพิ่มระยะเวลาให้ห่างขึ้น หรือลดขนาดยาเมื่ออาการของโรคดีขึ้น

- EASI score ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 พิจารณาหยุดยาหรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่น

9. เกณฑ์การปรับยาหรือหยุดยา เมื่อมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

9.1 ก่อนให้การรักษาครบ 12 เดือน ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้ยา Abrocitinib หรือ Baricitinib ต่อเนื่อง ส่วนหน้อยอย่างน้อย 3 เดือน โดยพิจารณาจากผู้ป่วยมีค่า EASI score ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 นานต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ พิจารณาลดขนาดยา

หากมีอาการกำเริบหลังลดยา พิจารณาปรับเพิ่มขนาดยา และให้พิจารณาหยุดยา หากผู้ป่วยมีค่า EASI score ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 โดยได้รับยา Abrocitinib 50 - 100 มก. และ Baricitinib 1 - 2 มก. นานต่อเนื่อง 12 สัปดาห์



แบบบันทึกการรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดจากยา กลุ่ม JAK inhibitors และยินยอมรับการรักษายา
ด้วยยา Abrocitinib หรือยา Baricitinib ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis)

ข้าพเจ้า (ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย).....
หรือ (ชื่อ นามสกุล ของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย)
ได้รับการอธิบายข้อมูลจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเรื่องความจำเป็นของการใช้ยา รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียง
และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ครบทุกข้อดังต่อไปนี้

- ☐ มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อทุกชนิด ได้แก่ แบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
ที่เกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ รวมถึงเชื้อวัณโรคแฝง
- ☐ มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็นต้น
- ☐ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย
และโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น
- ☐ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ และมะเร็งปอด ก่อนรับยาผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติ
ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็ง
- ☐ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่ การอุดตันเส้นเลือดที่ปอด (Pulmonary embolism)
และเส้นเลือดดำหรือเส้นเลือดแดงทั่วไป (venous and arterial thrombosis)

ซึ่งแพทย์ผู้รักษาคือและเฝ้าระวังความปลอดภัยให้ท่านก่อนการได้รับยาและระหว่างการได้รับยา

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา
(.....)

หมายเหตุ: ขอให้กรอกแบบบันทึกการรับทราบความเสี่ยงฯ ให้ครบถ้วนเก็บในระบบเวชระเบียน พร้อมทั้ง
ให้สถานพยาบาลจัดส่งเอกสารพร้อมสำเนาเวชระเบียนในระบบ Dermatology Disease Prior
Authorization (DDPA) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (PDF) เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่าย
ค่ายา กลุ่ม JAK inhibitors

