



ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ค ๑๕๒

ถึง สถานพยาบาลของทางราชการ

ด้วยกรมบัญชีกลางจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยปรับปรุงรายการยาและข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ดังนี้

๑. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

๑.๑ ยาขนานแรก ได้แก่ Rituximab

๑.๒ ยาขนานที่สอง ได้แก่ Adalimumab หรือ Infliximab

๑.๓ ยาขนานที่สาม ได้แก่ Baricitinib หรือ Tofacitinib

๒. โรคข้อและกระดูกสันหลังอักเสบ (Spondyloarthritis) ได้แก่ Adalimumab หรือ Infliximab หรือ Secukinumab

๓. โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดมีอาการทางซิสเต็มมิก (Juvenile idiopathic arthritis with systemic features) ได้แก่ Tocilizumab

๔. โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดไม่มีอาการทางซิสเต็มมิก (Juvenile idiopathic arthritis without systemic features) ได้แก่ Adalimumab หรือ Etanercept หรือ Infliximab

รวมทั้งจะมีการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายา ได้แก่ Adalimumab, Baricitinib, Infliximab, Secukinumab และ Tofacitinib โดยใช้กับการรักษาทุกข้อบ่งชี้ ซึ่งคาดว่าจะการปรับปรุงระบบ RDPA จะมีผลใช้บังคับประมาณเดือนเมษายน ๒๕๖๔ สำหรับการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายา จะมีผลใช้บังคับประมาณเดือนมิถุนายน ๒๕๖๔

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้วขอเรียนว่า ปัจจุบันยาชีววัตถุบางรายการมีทั้งยาชีววัตถุต้นแบบ (originator) และยาชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilar) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ายานา biosimilar มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลเทียบเท่าหรือไม่ด้อยกว่ายา originator และสามารถใช้ทดแทนกันได้ โดยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยได้มีคำแนะนำการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงในการรักษาโรคเรื้อรังและอโตอิมมูน ทั้งนี้ อัตราเบิกจ่ายเฉพาะค่ายา Infliximab จะกำหนดราคาให้เบิกจ่ายในราคาเดียว โดยคำนึงถึงการทดแทนกันได้ระหว่างยา originator และยา biosimilar ดังนั้น จึงขอให้สถานพยาบาลพิจารณาบริหารจัดการยาในคลังยาของสถานพยาบาล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา biosimilar อนึ่ง หากสถานพยาบาลมีข้อจำกัดหรือปัญหาในการบริหารจัดการยาในคลังยาหรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ขอให้แจ้งข้อมูลดังกล่าวให้กรมบัญชีกลางทราบภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ เพื่อจะได้พิจารณาดำเนินการต่อไป

กองสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

