



ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๓๖

กรมบัญชีกลาง

ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ  
หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน  
ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

อ้างถึง ๑. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

๒. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๔๑๔ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย อัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการเวชศาสตร์  
นิวเคลียร์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ และ ๒ กรมบัญชีกลางโดยได้รับมอบอำนาจจากกระทรวงการคลัง  
ได้ประกาศกำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่าย  
ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้ส่วนราชการและสถานพยาบาลของทางราชการทราบ  
และถือปฏิบัติ นั้น

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า ได้ดำเนินการปรับปรุงรายการและอัตราค่าบริการฯ  
หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ให้มีความเหมาะสม  
และครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นมากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง  
และลดภาระการทดรองจ่ายของผู้มีสิทธิ จึงเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการฯ ให้ส่วนราชการ  
และสถานพยาบาลของทางราชการถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ยกเลิกรายการอัตราค่าบริการฯ ในหนังสือที่อ้างถึง ๑ หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษา  
ทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (หัวข้อ ๘.๖ - ๘.๗) และรายการอัตราค่าบริการฯ ในหนังสือ  
ที่อ้างถึง ๒ โดยประกาศอัตราค่าบริการฯ หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ด้านค่าบริการ  
เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น  
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป อนึ่ง สำหรับค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ซึ่งนอกเหนือจากรายการ  
ที่กำหนด ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ (ยกเลิกการเบิกจ่ายด้วยรหัสรายการ ๔๘๙๙๙)

๒. ให้สถานพยาบาลมีกลไกกำกับการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามเงื่อนไข  
หรือข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายที่กำหนด เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการตรวจสอบ และหากมี  
การตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้ที่กำหนด กรมบัญชีกลางจะดำเนินการ  
เรียกเงินรายการค่าบริการ/ค่าตรวจวินิจฉัยที่มีการเบิกจ่ายคืน

๓. กรณีที่สถานพยาบาลประสงค์ที่จะเสนอรายการอัตราค่าบริการฯ ซึ่งเป็นรายการที่มีความจำเป็น  
ในการรักษาพยาบาลและไม่มีรายการอื่นสามารถใช้ทดแทนได้เพิ่มเติม ให้เสนอรายการ ราคา โครงสร้างต้นทุน  
และข้อบ่งชี้หรือเหตุผลความจำเป็นในการกำหนดรายการดังกล่าว (จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยโรคใด/กรณีใด/  
เพื่อวัตถุประสงค์ใด) รวมทั้งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคขององค์กรวิชาชีพ

ข้อมูล ...

ข้อมูลทางวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ เป็นต้น มายังกรมบัญชีกลางเพื่อจะได้รวบรวม และพิจารณาประกาศต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป อนึ่ง สามารถดาวน์โหลด รายการอัตราค่าบริการฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ได้ที่เว็บไซต์กรมบัญชีกลาง [www.cgd.go.th](http://www.cgd.go.th) การกิจการควบคุม ด้านงบบุคลากรของบุคลากรภาครัฐ หัวข้อ ข้อมูลนำรู้เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล/กฎหมายระเบียบและหนังสือเวียน (สวัสดิการรักษายาบาล)

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุทธิรัตน์ รัตนโชติ)  
อธิบดีกรมบัญชีกลาง

กองสวัสดิการรักษายาบาล  
กลุ่มงานนโยบายสวัสดิการรักษายาบาล  
โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๐๐๐ ต่อ ๖๘๕๐-๑  
โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗

อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ด้านค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์

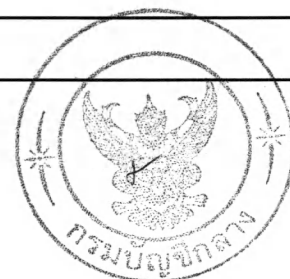
ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6	การวินิจฉัย (Diagnostic scan)				
		Whole body scan			
8.6.1	47701	Bone scan	ครั้ง	4,000	
8.6.2	47051	F18-DOPA whole body PET scan		51,500	ข้อบ่งชี้ "เพื่อช่วยวินิจฉัยและรักษาภาวะ congenital hyperinsulinism"
8.6.3	47050	F-18 FDG whole body PET scan	ครั้ง	45,000	ข้อบ่งชี้ตามเอกสารแนบ
8.6.4	47004	Gallium-67 citrate whole body scan	ครั้ง	20,700	
8.6.5	47052	Gallium-68 dotatate whole body PET scan	ครั้ง	55,000	ข้อบ่งชี้ "ใช้เพื่อวินิจฉัย neuroendocrine tumor"
8.6.6	47053	Iodine-131 MIBG whole body scan	ครั้ง	12,000	
8.6.7	47001	Iodine-131 whole body scan	ครั้ง	4,000	
8.6.8	47002	MIBI whole body scan	ครั้ง	6,000	
8.6.9	47054	Technitium-99m Hynic-TOC whole body scan (Octreoscan)	ครั้ง	18,500	
8.6.10	47055	Technitium-99m red blood cell tagged whole body scan	ครั้ง	4,500	
8.6.11	47003	Technitium-99m White blood cell tagged whole body scan	ครั้ง	8,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
		Specific part scan			
8.6.12	47512	Additional SPECT/SPECT-CT 1 part		2,500	
8.6.13	47513	Bladder/KUB - Radionuclide cystography	ครั้ง	3,500	
8.6.14	47514	Blood volume	ครั้ง	3,500	
8.6.15	47510	Brain - Cisternoscintigraphy	ครั้ง	6,600	
8.6.16	47515	Brain - F-18 FDG PET scan	ครั้ง	38,000	<p>ข้อบ่งชี้ "เพื่อกำหนดตำแหน่งจุดกำเนิดการชักก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่สามารถระบุตำแหน่งจุดกำเนิดการชักได้ชัดเจนจากการตรวจ MRI"</p> <p>เงื่อนไข: กรณีผู้ป่วยได้รับการตรวจรายการลำดับที่ 8.6.18 Brain - Tc-99m ECD scan มาแล้ว จะตรวจรายการนี้อีกได้ตามข้อบ่งชี้ ดังนี้</p> <p>(1) ผลการตรวจ Ictal/Interictal SPECT ไม่สามารถบอกถึงตำแหน่งของสมองที่เป็นสาเหตุของอาการชักได้ หรือ</p> <p>(2) ผลการตรวจ MRI brain คลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และ Ictal/Interictal SPECT ไม่เป็นในทางเดียวกัน (discordant)</p>
8.6.17	47516	Brain - Ventriculoperitoneal shunt scan	ครั้ง	6,600	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6.18	47517	Brain - Tc-99m ECD scan	ครั้ง	11,000	ข้อบ่งชี้ "เพื่อกำหนดตำแหน่งจุดกำเนิดการชักก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่สามารถระบุตำแหน่งจุดกำเนิดการชักได้ชัดเจนจากการตรวจ MRI"  เงื่อนไข: กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรายการลำดับที่ 8.6.16 Brain - F-18 FDG PET scan มาแล้ว จะตรวจรายการนี้อีกได้ตามข้อบ่งชี้ ดังนี้  (1) การตรวจ Brain - F-18 FDG PET scan ไม่สามารถบอกถึงตำแหน่งของสมองที่เป็นสาเหตุของอาการชักได้ หรือ (2) ผลการตรวจ MRI brain คลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และ FDG PET ไม่เป็นในทางเดียวกัน (discordant)
8.6.19	47509	GI- Esophageal transit scan	ครั้ง	3,000	
8.6.20	47504	GI- Gastric emptying time scan	ครั้ง	4,000	
8.6.21	47511	GI- Gastro-esophageal reflux (Milk) scan	ครั้ง	3,000	
8.6.22	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	8,000	
8.6.23	47501	GI bleeding scan (Phytate)	ครั้ง	5,000	
8.6.24	47502	GI bleeding scan (RBC)	ครั้ง	6,000	



ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6.25	47401	Heart - MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	4,000	
8.6.26	47406	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium-201) rest only	ครั้ง	4,000	
8.6.27	47402	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium-201) rest and stress	ครั้ง	15,500	"ไม่รวมค่ายา adenosine หรือ dobutamine ที่ใช้ในหัตถการนี้"
8.6.28	47407	Heart - Technitium-99m PYP scan for cardiac amyloidosis	ครั้ง	5,100	
8.6.29	47508	Hepatobiliary scan	ครั้ง	5,800	
8.6.30	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	3,300	
8.6.31	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	6,000	
8.6.32	47408	Lung aspiration scan (salivagram)	ครั้ง	2,000	
8.6.33	47409	Lung perfusion scan	ครั้ง	5,800	
8.6.34	47410	Lung ventilation scan	ครั้ง	5,800	
8.6.35	47411	Lung shunting scan - hepatic tumor (Technitium-99m MAA)	ครั้ง	5,800	
8.6.36	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
8.6.37	47405	Lymphatic/sentinel node scan - (Technitium-99m nanocolloid)	ครั้ง	7,400	

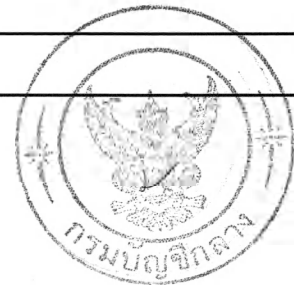


ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.6.38	47505	Meckel's diverticulum scan	ครั้ง	4,000	
8.6.39	47202	Parathyroid scan	ครั้ง	6,000	
8.6.40	47201	Parotid/Salivary scan	ครั้ง	3,000	
8.6.41	47412	Pleuroperitoneal scan	ครั้ง	5,600	
8.6.42	47602	Renal scan - Captopril renogram	ครั้ง	4,000	
8.6.43	47601	Renal scan - DMSA	ครั้ง	4,000	
8.6.44	47603	Renal scan - Furosemide renogram	ครั้ง	4,000	
8.6.45	47605	Renal study - GFR (Blood DTPA)	ครั้ง	3,000	
8.6.46	47606	Spleen scan (Technitium-99m Heat Treated RBC)	ครั้ง	4,000	
8.6.47	47607	Spleen/marrow scan	ครั้ง	4,500	
8.6.48	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,600	
8.6.49	47206	Thyroid study (Perchlorate washout test)	ครั้ง	2,000	
8.6.50	47204	Thyroid scan	ครั้ง	1,800	
8.6.51	47203	Thyroid uptake	ครั้ง	1,000	
8.6.52	47403	Venogram scan	ครั้ง	3,000	



ค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	ราคา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้การเบิก/หมายเหตุ
8.7	การรักษา				
8.7.1	48202	Rx CA Thyroid with I-131 (OPD)	ครั้ง	3,000	
8.7.2	48203	Rx CA Thyroid with I-131: 31-100 mCi	ครั้ง	12,000	
8.7.3	48204	Rx CA Thyroid with I-131: 101-150 mCi	ครั้ง	17,000	
8.7.4	48205	Rx CA Thyroid with I-131: 151-200 mCi	ครั้ง	22,000	
8.7.5	48201	Rx Hyperthyroid I-131: 1-30 mCi	ครั้ง	3,000	
8.7.6	48208	Post treatment I-131 scan	ครั้ง	3,000	
8.7.7	48209	I-MIBG treatment (30 mCi)	ครั้ง	20,000	
8.7.8	48210	I-MIBG treatment (150 mCi)	ครั้ง	85,000	
8.7.9	48002	Rx Sm-153 50 mCi	ครั้ง	10,000	
8.7.10	48001	Rx Sr-89	ครั้ง	60,000	





**ข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์**  
**รายการลำดับที่ 8.6.3 F-18 FDG whole body PET scan**

1. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

1.1 การวินิจฉัยระยะของโรค (Pre-treatment /Staging FDG-PET-CT)

1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse Large B-cell (DLBCL), Follicular (FL), Hodgkin clinical ระยะที่ 1 และ 2 ที่มีแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

1.1.2 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Low risk Burkitt ระยะที่ 1 และ 2 (ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย)

1.2 การประเมินโรคระหว่างการรักษา (interim FDG-PET-CT)

1.2.1 Hodgkin lymphoma ระยะที่ 1 หรือ 2 ที่มีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับ unfavorable disease และ bulky disease

1.2.2 Hodgkin lymphoma ระยะที่ 3 หรือ 4

2. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร

2.1 ผู้ป่วยมีระยะโรคทางคลินิกเป็น TxNOMO

2.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรืออัลตราซาวด์ (US) แล้ว และไม่พบความผิดปกติ หรือพบความผิดปกติที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีการแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่น

2.3 มีแผนการให้รังสีรักษา

3. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

"ผู้ป่วยที่วางแผนว่าจะทำการรักษาด้วยวิธี Pelvic exenteration และเมื่อตรวจด้วย Bone scan และ CT หรือ MRI แล้วไม่พบความผิดปกติ หรือพบความผิดปกติที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีการแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่น"

4. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell lung cancer

4.1 ผู้ป่วยต้องมี KPS ไม่น้อยกว่า 70

4.2 เพื่อใช้ในการประเมินระยะของโรคก่อนการรักษาด้วยวิธีการรังสีรักษา เพื่อการหายขาดหรือการผ่าตัด เพื่อการหายขาดของโรค (curative aim) โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

4.2.1 ผู้ป่วยมีระยะของโรคทางคลินิกเป็น T1 - 3, N1 - 2 และ M0

4.2.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT scan บริเวณช่องอก ต่อมทรวงอกโต และ Bone scan มาก่อนแล้ว

5. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์

ใช้สำหรับการตรวจการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยชนิด differentiated thyroid carcinoma โดยมีเงื่อนไขดังนี้

5.1 ระดับของซีรัม Thyroglobulin มากกว่า 10 ng/dl

5.2 Whole body scan ให้ผลลบในขณะที่มี TSH มากกว่า 30 IU/ml ขึ้นไป หลังการรักษาด้วยกัมมันตรังสี ไอโอดีน"



6. กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

6.1 ผู้ป่วยต้องมี KPS ไม่น้อยกว่า 70

6.2 ผู้ป่วยเคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการกลับคืนของโรค (recurrent disease) โดยดูจากระดับ CEA

6.3 กรณีตรวจซ้ำ ต้องมีการตรวจ PET scan มาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

6.4 ผู้ป่วยตรวจ CT scan หรือ MRI scan ของช่องท้องแล้ว

6.4.1 ไม่พบความผิดปกติ หรือ พบความผิดปกติที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการกลับคืนของโรค หรือ

6.4.2 พบความผิดปกติ และคาดว่าจะสามารถทำการผ่าตัดเอาส่วนที่ผิดปกติออกได้หมด เพื่อการหายขาดของโรค (curative aim)

