

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไต เพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออก
ประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

๑.๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง
หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจาก
การทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๓

๑.๒ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง
หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจาก
การทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๔๘

ข้อ ๒ ให้ใช้ความดังต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบ
อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖

“(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis)
และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราแนบท้าย
ประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๒

จรัส สุวรรณเวลา

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ เจื้อนไข และอัตราการบริการทางการแพทยโดยการบำบัดทดแทนไต

๑. บทนิยาม

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อบปกติได้ การบำบัดทดแทนไต มี ๓ วิธี คือ

๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)

๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD)

มี ๓ แบบ คือ

๒.๑ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD = Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

๒.๒ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคิลลิ่ง (CCPD = Chronic Cycling Peritoneal Dialysis)

๒.๓ การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (CIPD = Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis)

๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไตเป็นเดือนแรก

๒. หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทยโดยการบำบัดทดแทนไต

๒.๑ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย

๒.๒ กรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทยและไม่เป็นโรคดังกล่าวมาก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต

๓. ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการทางการแพทยโดยการบำบัดทดแทนไต ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสียไปอย่างถาวรเกินกว่าร้อยละ ๙๕ โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

๓.๑ Serum BUN มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ mg% อยู่ตลอดเวลา และ Serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ mg% อยู่ตลอดเวลา หรือ

๓.๒ อัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate = GFR) หรือ Creatinine clearance เท่ากับหรือน้อยกว่า ๕ ml/min อยู่ตลอดเวลา

ทั้งนี้ กรณีตามข้อ ๓.๑ และ ๓.๒ จะต้องมิขนาดของไตเล็กทั้ง ๒ ข้าง (Bilateral small contracted kidneys) จากหลักฐานการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยกเว้นโรคที่ขนาดของไตไม่เล็ก

ในกรณีมีข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากข้อ ๓.๑ และ ๓.๒ ให้อยู่ในดุลพินิจของ คณะกรรมการการแพทย์ โดยอ้างอิงเหตุผลจากหลักวิชาการทางการแพทย์

๔. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตจะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ ดังต่อไปนี้

๔.๑ กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(๑) สำเนาเวชระเบียนและผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต

(๒) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา

๔.๒ กรณีปลูกถ่ายไต

(๑) สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา พร้อมกับสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

(๒) สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกรณีได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิต้านทาน

๕. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ ๓ และเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

การกำหนดวันที่เริ่มมีสิทธิได้รับบำบัดทดแทนไตตามวรรคหนึ่งให้อยู่ในดุลพินิจของ คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน เว้นแต่การบริการทางการแพทย์เป็นค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ครั้งแรก วันที่เริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรกแล้วแต่กรณี ดังกล่าวเกินกว่าเก้าสิบวัน

-/ ๖. ให้ผู้ประกันตน ...

๖. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณี และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

๖.๑ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้ให้ความเห็นชอบการไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขแห่งจำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังกล่าว

(๑) กรณีผู้ประกันตนไม่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(๒) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อครั้ง และไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(๓) กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ ๖.๑ (๑) และ ๖.๑ (๒) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อรายต่อ ๒ ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

๖.๒ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ ๑ ครั้ง

(๑) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เป็นค่าตรวจรักษา และค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เว้นแต่ ภายในเดือนแรกที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษา และค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ ๙๕๐ บาท (เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(๒) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตน คราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต หากการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรล้มเหลว ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ตามอัตรา ข้อ ๖.๑ (๑)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อรายต่อ ๒ ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

๖.๓ การปลูกถ่ายไต

ก. ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติให้มีสิทธิก่อนการปลูกถ่ายไตและจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลดังกล่าว จะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด ดังนี้

๑) คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

- ๑.๑ ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และกำลังได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ภายใต้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไตของสำนักงานประกันสังคม
- ๑.๒ อายุไม่ควรเกิน ๖๐ ปี
- ๑.๓ ไม่มี Active infection
- ๑.๔ ไม่เป็นโรคผู้ติดเชื้อ HIV
- ๑.๕ ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- ๑.๖ ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาดมานานกว่า 3 ปีขึ้นไป

๑.๗ ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease, Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น

๑.๘ ไม่มี Persistent coagulation abnormality

๑.๙ ไม่มี Psychiatric disorder

๑.๑๐ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๒) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)

๒.๑ มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๒๐ ปี และไม่ควรมีอายุเกิน ๖๐ ปี

๒.๒ ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ไม่มากกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท)

๒.๓ ไม่เป็นโรคเบาหวาน

๒.๔ ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง

๒.๕ มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๒๔ ชั่วโมง

๒.๖ มีค่า Creatinine clearance มากกว่า ๘๐ ml/min ๑.๗๓ m^๒

๒.๗ ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า ๓๕)

๒.๘ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางอายุรกรรม เช่น COPD, Ischemic heart disease, Malignancy, Active infectious disease, Drug addiction เป็นต้น

๒.๙ Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV

๒.๑๐ ต้องมี Informed consent

๒.๑๑ ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน

๒.๑๒ ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภา

๒.๑๓ ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

๓) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Cadaveric donor) ให้เป็นตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข. สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย

-/ ก. ผู้ประกันตน ...

ค. ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามข้อ ๖.๓ ง. (๓) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกันและอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์ กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

ง. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายก่อนการปลูกถ่ายไต ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) ต่อราย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ทั้งนี้ ให้ครอบคลุมรายการการตรวจประเมินของผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต ดังนี้

Pre – transplantation evaluation	
<u>Donor</u>	<u>Recipient</u>
☐ การตรวจร่างกายและการตรวจทางจิตเวช	☐ การตรวจร่างกายและการตรวจทางจิตเวช
☐ Blood tests	☐ Blood tests
☐ Urine study	☐ Urine study (ถ้ามี Urine)
☐ Viral study	☐ Viral study
- Hepatitis B	- Hepatitis B
- Hepatitis C	- Hepatitis C
- HIV	- HIV
- CMV (IgG , IgM)	- CMV (IgG , IgM)
☐ 24 – hour urine protein , Ccr	☐ CXR
☐ CXR	☐ EKG
☐ IVP or ultrasound	☐ HLA Typing
☐ HLA Typing	
☐ Renal angiogram , MRA, CT	

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไตเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓๐,๐๐๐ บาท (สองแสนสามหมื่นบาทถ้วน) ต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต เป็นเวลา ๖๐ วัน นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตรวมทั้งรักษาภาวะการสลับไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

-/ (๓) ค่าใช้จ่าย ...

(๓) ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามประกาศฉบับนี้โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยาควบคุมกุ่มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยาควบคุมกุ่มกัน เหม่าจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑ - ๖	เดือนละ	๓๐,๐๐๐ บาท
	๗ - ๑๒	เดือนละ	๒๐,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๒		เดือนละ	๑๕,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ	๑๐,๐๐๐ บาท

กรณีผู้ประกันตนได้รับอนุมัติสิทธิประโยชน์กรณีปลูกถ่ายไต แต่ไปรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคมจะไม่ได้สิทธิค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไต ตามข้อ ๖.๓ ง (๒)

จ. สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) กลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

(๓) เสียชีวิต

ฉ. ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังคงใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไต โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๑. กรณีที่ผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตก่อน วันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๔๗ ซึ่งเป็นวันที่เริ่มประกาศให้สิทธิกรณีปลูกถ่ายไต และอยู่ในระหว่างการได้รับยาควบคุมกุ่มกัน ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไตตามข้อ ๖.๓ ง (๓) ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามข้อ ๒ และข้อ ๔.๒ เพื่อให้ได้รับการพิจารณาตามข้อ ๕

๘. กรณีการให้ยา Erythropoietin

๘.๑ ผู้ประกันตนที่มีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต้องเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติจากเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีบำบัดทดแทนไต

๘.๒ ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจาง ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๓๖% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถขอเบิกค่ายาตามข้อ ๘.๓ ข้อ ๘.๖ และข้อ ๘.๗

๘.๓ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องให้อายุรแพทย์โรคไตประจำหน่วยบริการออกหนังสือรับรองตามแบบสำนักงานประกันสังคมที่กำหนด

๘.๔ ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีการให้ยา Erythropoietin จะต้องยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ ทั้งนี้ จะต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบคำขอดังต่อไปนี้

๑) แบบขอรับคำบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

๒) หนังสือรับรองการขอรับยา Erythropoietin ตามข้อ ๘.๓

๘.๕ ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ ๘.๒ และข้อ ๘.๔ ให้ผู้ประกันตนตามข้อ ๘.๑ มีสิทธิรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin และได้รับการอนุมัติจากเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมาย

๘.๖ สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

๑) กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือต่ำกว่า ๓๓% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๔๐๐๐ IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละเจ็ดร้อยห้าสิบบาท

๒) กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่า ๓๓% แต่ไม่เกิน ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๐๐๐ IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละสามร้อยเจ็ดสิบห้าบาท

๘.๗ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด