ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis) และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๔ ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมอยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

---

๑. บทนิยาม

"การบำบัดทดแทนไต" หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกือบปกติได้ โดยการบำบัดทดแทนไตมี ๔ วิธี คือ

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis : CPD) มี ๓ แบบ คือ

(ก) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)

(ข) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิ้ง (Chronic Cycling Peritoneal Dialysis : CCPD)

(ค) การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis : CIPD)

(๓) การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD)

(๔) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT)

"สัปดาห์" หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปีปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

"ปี" หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไตเป็นเดือนแรก

๒. ผู้มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และกรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง ๖ ถึง ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN น้อยกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr น้อยกว่า ๘ mg/dl ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

(ข) ระดับโปแทสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

(จ) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ สูตรการคำนวณระดับอัตราการกรองของเสียของไตโดยประมาณ (eGFR) ใช้วิธีการตรวจและรายงานผลอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด ดังนี้

๑) วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี) ตามตาราง

<u>สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่</u>

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	$\leq$ ๐.๗	GFR = ๑๔๔ x (Scr/๐.๗) $^{-๐.๓๒๙}$ (๐.๙๙๓) ^{Age}
	$>$ ๐.๗	GFR = ๑๔๔ x (Scr/๐.๗) $^{-๑.๒๐๙}$ (๐.๙๙๓) ^{Age}
ชาย	$\leq$ ๐.๙	GFR = ๑๔๑ x (Scr/๐.๙) $^{-๐.๔๑๑}$ (๐.๙๙๓) ^{Age}
	$>$ ๐.๙	GFR = ๑๔๑ x (Scr/๐.๙) $^{-๑.๒๐๙}$ (๐.๙๙๓) ^{Age}

<u>สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ<๑๘ ปี)</u>

สูตรใหม่ GFR (ml/min/๑.๗๓ $m^{๒}$) = (๐.๔๑๓ x Height in cm)/Creatinine in mg/dl

๒) ใช้วิธีการวัดค่า Creatinine ในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับ Creatinine โดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และกรณีการปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนต้องมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. โดยยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิและแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับบำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓/๑ ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจยื่นคำขอด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์โดยแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอตามข้อ ๓ และให้สำนักงานพิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

(๑) มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และ ค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ให้มีผลเลือดถึงเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน ขึ้นไป

(๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๙ ซม. ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีผลการตรวจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ข้อ ๔.๑ ให้ส่งหารือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน

๔.๓ การพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ให้พิจารณาหลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๗ (๓)

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน

สำหรับการขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกันกับการขอรับสิทธิกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติได้ และเมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความจำเป็นเหมาะสมที่จะเริ่มรับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ประกันตนจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอเริ่มใช้สิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ประสงค์จะใช้สิทธิเพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมีเอกสารประกอบการยื่นคำขอเพื่อเริ่มใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอเริ่มใช้สิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต โดยอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกันจากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (ในกรณีไม่มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ประสงค์ใช้สิทธิ)

๕. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

(ก) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือดชนิด AV fistula สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV fistula ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

(ข) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือดชนิด AV graft for hemodialysis สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV graft ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

(ค) การอนุมัติค่าเตรียมสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้ง Double lumen catheter insertion for hemodialysis และ Tunnel cuff catheter (Perm catheter) insertion for hemodialysis ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. และมีข้อบ่งชี้ที่จะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีที่มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) มีค่ามากกว่า ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. แต่มีข้อบ่งชี้ต้องทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ ๒

ทั้งนี้ หากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ (ก) – (ค) ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ เว้นแต่ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน ตามรายการหัตถการและรายการเวชภัณฑ์ที่สำคัญในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคาที่กำหนด (โดยรายการหัตถการแต่ละรายการครอบคลุมถึงค่าหัตถการ ค่าประเมิน ค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) ดังนี้

(***การทำหัตถการ รายการที่ ๑ - ๑๐ จะใช้เวชภัณฑ์หรือไม่ก็ได้)

รายการหัตถการ	ค่าหัตถการ (บาท/ครั้ง)	รายการเวชภัณฑ์ที่สำคัญ	ค่าเวชภัณฑ์ (บาท)
๑. Double lumen insertion	๘,๐๐๐	สาย DLC ๑ หน่วย	๒,๙๐๐
๒. Perm catheter insertion	๑๑,๐๐๐	สาย TCC ๑ หน่วย	๑๐,๐๐๐
๓. AVF procedure	๒๐,๐๐๐	-	
๔. AVG procedure	๑๓,๕๐๐	Vascular Graft ๑ หน่วย	๑๕,๐๐๐
๕. Revised Double lumen insertion	๘,๐๐๐	สาย DLC ๑ หน่วย	๒,๙๐๐
๖. Re-insertion Perm catheter	๑๑,๐๐๐	สาย TCC ๑ หน่วย	๑๐,๐๐๐
๗. Revised AVF (open surgery)	๑๒,๐๐๐	-	
๘. Revised AVF (PTA) รวม contrast media	๑๒,๐๐๐	Angioplasty Balloon ๑ หน่วย	๑๐,๐๐๐
๙. Revised AVG (open surgery)	๑๒,๐๐๐	Fogarty Balloon ๑ หน่วย	๑,๗๐๐
๑๐. Revised AVG (PTA) รวม contrast media	๑๕,๐๐๐	Angioplasty Balloon ๑ หน่วย	๑๐,๐๐๐

ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือผู้ประกันตนที่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไปก่อน นำใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ยื่นพร้อมแบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีค่าผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องกองทุนประกันสังคม (สปส.๒-๑๘/๑ค) ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิและจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลได้ เว้นแต่ กรณีสถานพยาบาลในความตกลงกรณีการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เบิกค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงกับสำนักงานประกันสังคม โดยยื่นเบิกผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หลังจากที่สถานพยาบาลในความตกลงได้ให้บริการทำหัตถการแล้วตามอัตราที่กำหนด

๖. กรณีการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการวางท่อรับส่งน้ำยาสำหรับล้างช่องท้องได้ ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตนได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องทำการวางท่อรับส่งน้ำยาล้างช่องท้องสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๗. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณี โดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ก) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือเพิ่งเริ่มได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโปรแกรม Incremental Hemodialysis หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือเข้าข่ายหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

<u>การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง</u>

๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้

๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ

๓) กรณีชัก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ

๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น

๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

๖) กรณีที่ป่วยในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

<u>การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์</u>

๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต

๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในห้อง ICU

๓) กรณีที่ป่วยในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพเป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหารือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(ค) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับการบำบัดด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis : CPD) ดังต่อไปนี้

๑) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่น้อยกว่าเดือนละ ๑ ครั้ง

๒) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ ๗๕๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืน จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(๓) การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ดังนี้

๑) ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ จะต้องได้รับการพิจารณาจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตว่า ผู้ประกันตนต้องมีความพร้อมในการทำการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ร่วมกับพิจารณา**ตามข้อห้ามสำหรับการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ**ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ดังนี้

๑.๑) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้ เช่น แผลหรือความผิดรูปของชั้นผนังหน้าท้องที่เป็นอุปสรรคต่อการวางท่อสำหรับการล้างไตหรือการหายของแผล ไม่มีผนังหน้าท้อง

๑.๒) มีทางเชื่อมระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องออกสู่ผนังหน้าท้องหรือระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องเอง เช่น Enterocutaneous fistula

๑.๓) มีทางเชื่อมระหว่างช่องท้องและช่องสารน้ำอื่นๆ เช่น Pleuroperitoneal fistula

๒) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติแก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ โดยผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๓๒,๗๐๐ บาทต่อเดือน เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินวันละ ๑,๐๐๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น ซึ่งอัตราค่าบริการดังกล่าวครอบคลุมรายการ ดังนี้

๒.๑) ค่าตรวจรักษา

๒.๒) เครื่องล้างไตอัตโนมัติ น้ำยา และอุปกรณ์ใช้งานร่วมพร้อมมีเจ้าหน้าที่ไปติดตั้งที่บ้านผู้ประกันตนเพื่อพร้อมใช้งาน

๒.๓) การบริการจัดส่งน้ำยาถึงบ้านผู้ประกันตน ๑ ครั้ง/เดือน

๒.๔) กรณีเครื่องเสียจะต้องได้รับการเปลี่ยนเครื่องใหม่ภายในระยะเวลาที่กำหนด (ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลภายใน ๒๔ ชั่วโมง ต่างจังหวัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง) โดยค่าซ่อมเครื่องครอบคลุมอยู่ในค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

๒.๕) การสอนผู้ประกันตนและญาติโดยพยาบาล

๒.๖) บริการ Call Center ๒๔ ชั่วโมง

๓) กำหนดขั้นตอนในการยื่นเรื่องและขอสิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ โดยผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิและแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance โดยพิจารณาตามข้อบ่งชี้ ๑) และให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้

ทั้งนี้ นำร่องให้ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) จำนวน ๒๐๐ ราย เพื่อการประเมินความคุ้มค่าของสิทธิประโยชน์และขยายสิทธิให้ครอบคลุมต่อไป

(๔) การปลูกถ่ายไต

(ก) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) โดยใช้สิทธิประกันสังคมให้มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการปลูกถ่ายไต โดยมิต้องอนุมัติสิทธิใหม่ สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคม จะต้องให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาเห็นชอบก่อนการปลูกถ่ายไต

(ข) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยา สามารถยื่นคำขอรับสิทธิการปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคมได้ โดยต้องมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. โดยต้องมีรายชื่อของผู้บริจาคไตเพื่อขออนุมัติสิทธิเมื่อผู้ประกันตนยื่นคำขอ

๒) เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายแล้ว ผู้ประกันตนและผู้บริจาคที่มีชีวิต มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๗ (๔) (ฉ)

๓) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ยื่นคำขอรับสิทธิการปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคมแล้ว มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

(ค) ผู้ประกันตนจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการตามแนวทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

๑) คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

๑.๑) อายุไม่ควรเกิน ๖๕ ปี

๑.๒) ไม่มี Active infection

๑.๓) ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV

๑.๔) ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๑.๕) ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาดมานานกว่า ๓ ปีขึ้นไป

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

๑.๗) ไม่มี Persistent coagulation abnormality

๑.๘) ไม่มี Psychiatric disorder

๑.๙) 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 มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

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 (Deceased donor) ให้เป็นตามกฎข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อไต ๑ ข้าง

(ง) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย และต้องได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์โรคไต ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(จ) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๗ (๔) (ฉ) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ยากดภูมิคุ้มกันและอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(ฉ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการปลูกถ่ายไตและระหว่างปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตโดยเหมาจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายไต ๑ ครั้งตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
๑.๑) ผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor)		
๑.๑.๑) ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ก่อนการเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๑.๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒,๘๐๐
๑.๒) ผู้บริจาคสมองตาย (deceased donor)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
๒.๑) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
๒.๒.๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒.๒) ค่าส่งตรวจ panel reactive antibody	ค่าตรวจ panel reactive antibody ทุก ๖ เดือนต่อครั้ง จ่ายครั้งละ	๓,๕๐๐
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด		
๓.๑) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
<u>Protocol-I</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine +mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๓,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
<u>Protocol-II</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๘,๐๐๐
<u>Protocol-III</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab +cyclosporine+ mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๘๗,๐๐๐
<u>Protocol-IV</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab +tacrolimus+mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	๒๙๒,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
	๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	
๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
<u>Protocol ACR-A</u> (acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-B)	๒๓,๐๐๐
<u>Protocol ACR-B</u> (refractory acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่ายา anti-thymocyte globulin ๔. ค่ายา ganciclovir ๕. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๗. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วยprotocol DGF-B)	๔๙๓,๐๐๐
<u>Protocol AMR-A (antibody mediated rejection)</u> ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin	๓๔๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
	๖. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๗. ค่าสาย double lumen catheter ๘. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C)	
<u>Protocol AMR-B</u> **(refractory antibody mediated rejection)** ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๖. ค่ายา rituximab ๗. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๘. ค่าสาย double lumen catheter ๙. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C)	๔๒๖,๐๐๐
<u>Protocol DGF-A</u> **(delay graft function)** ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่าสาย double lumen catheter ๕. ค่าทำ acute hemodialysis	๕๖,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน (บาท)
<u>Protocol DGF-B</u> (delay graft function with acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV และ protocol- ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าสาย double lumen catheter ๔. ค่าทำ acute hemodialysis ๕. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol ACR-A และ ACR-B แล้ว)	๔๐,๐๐๐
<u>Protocol DGF-C</u> (delay graft function with antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft functionร่วมกับ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าทำ acute hemodialysis ๔. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol AMR-A และ AMR-B แล้ว)	๓๕,๐๐๐

(ช) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ยากดภูมิคุ้มกัน เหมาจ่ายในอัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒ เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔ เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๕ เป็นต้นไป เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท

๒) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมกรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑) ภาวะ Transplant renal artery stenosis (ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์)

๒.๑.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๓๒,๗๔๑ บาท

๒.๑.๒) ค่าอุปกรณ์จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑.๒.๑) กรณีการขยายหลอดเลือดไตโดยการใช้บอลลูนอย่างเดียว ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท

๒.๑.๒.๒) กรณีต้องใส่ Stent ร่วมกับการขยายหลอดเลือดไตโดยการใช้บอลลูน ให้จ่ายค่า Stent เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอันละ ๓๕,๐๐๐ บาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองอัน

๒.๒) ภาวะ CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV)

๒.๒.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๑๔,๗๗๐ บาท

๒.๒.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๔๑,๒๖๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยให้มีสิทธิจ่ายได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

๒.๓) ภาวะ CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๓.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๒๖,๒๖๙ บาท

๒.๓.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๑๙๐,๘๘๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๔) ภาวการณ์ติดเชื้อรา Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท

๒.๔.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหมาจ่าย ๓๔๕,๒๒๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๕) ภาวะการติดเชื้อราอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericinB)

๒.๕.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท

๒.๕.๒) ค่ายาต้านเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

๒.๖) ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติระหว่างติดตามการรักษา) ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๑๐,๐๔๕ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๗) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตารางค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการผ่าตัดหลังปลูกถ่ายไต และมีภาวะแทรกซ้อน ตามข้อ ๓.๒ แผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR-A, ACR-B, AMR-A และAMR-B

(ซ) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

๑) กลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

๓) เสียชีวิต

(ฌ) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ญ) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว ต่อมาไตที่เปลี่ยนไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไตใหม่ได้ ทั้งนี้ สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๘. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วโดยมิได้ใช้สิทธิประกันสังคม ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไต และจะต้องขอรับการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน และรับยากดภูมิคุ้มกันในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ใน ๒ และ ๓ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

๙. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๙% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๙ (๓) และข้อ ๙ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคายาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละหนึ่งพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินสองพันสองร้อยห้าสิบบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาฉีดยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคายาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสัปดาห์ละเจ็ดร้อยห้าสิบบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสามพันบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ค) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๙% สถานพยาบาลไม่มีสิทธิเบิกค่ายา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคม

(๔) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคายา Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๑๐. กรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ กรณีปลูกถ่ายไต และกรณีการให้ยา Erythropoietin สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย