

กรณีการบำบัดทดแทนไต

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 9 กันยายน 2554 โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

- 1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ประกันตนกรณีเป็นโรคไตหลังการเป็นผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน
- 2) ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาทต่อราย ภายในระยะเวลา 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน
- 3) ค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องด้วยน้ำยาถาวรพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน
- 4) ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาทต่อราย ภายในระยะเวลา 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน
- 5) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนที่ยื่นขอใช้สิทธิให้มีสิทธิดังนี้

5.1 กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

5.2 กรณีผู้ประกันตนได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรแล้วล้มเหลว ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

5.3 กรณีผู้ประกันตนประสงค์ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ กรณีค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

1. บทนิยาม

การบำบัดทดแทนไต หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อบปกติได้ การบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี คือ

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)
2. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD) มี 3 แบบ คือ

2.1 การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD = Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

2.2 การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคิลิ่ง (CCPD = Chronic Cycling Peritoneal Dialysis)

2.3 การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (CIPD = Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis)

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

สัปดาห์ หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทิน โดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

ปี หมายความว่า ปีหนึ่งมี 12 เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไตเป็นเดือนแรก

2. หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

2.1 กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์

2.2 กรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์และไม่เป็นโรคดังกล่าวมาก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต

3. ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสียไปอย่างถาวรเกินกว่าร้อยละ 95 โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

3.1 Serum BUN มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg% อยู่ตลอดเวลาและ Serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 10 mg% อยู่ตลอดเวลาหรือ

3.2 อัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate = GER) หรือ Creatinine clearance เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ml/min อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้กรณีตามข้อ 3.1 และ 3.2 จะต้องมียาของไตเล็กทั้ง 2 ข้าง (Bilateral small contracted kidneys) จากหลักฐานการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยกเว้น การที่ขนาดของไตไม่เล็ก ในกรณีมีข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากข้อ 3.1 และ 3.2 ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ โดยอ้างอิงเหตุผลจากหลักวิชาทางการแพทย์

4. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตจะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/สาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิและแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ ดังต่อไปนี้

4.1 กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

- (1) สำเนาเวชระเบียนและผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต
- (2) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา

4.2 กรณีปลูกถ่ายไต

- (1) สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาร่วมกับสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- (2) สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกรณีได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

5. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 3 และเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

การกำหนดวันที่เริ่มมีสิทธิได้รับบำบัดทดแทนไตตามวรรคหนึ่งให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่า 30 วัน **เว้นแต่** การบริการทางการแพทย์เป็นค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ครั้งแรก วันที่เริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรกแล้วแต่กรณีดังกล่าวเกินกว่า 90 วัน

6. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ง่ายจริง หรือเหมาะสมแล้วแต่กรณีและเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

6.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง **เว้นแต่** การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้ให้ความเห็นชอบการไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขแห่งจำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังกล่าว

(1) กรณีผู้ประกันตนไม่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด **ไม่เกิน 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)ต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)ต่อสัปดาห์** สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน **(กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตหลังจากการเป็นผู้ประกันตน)**

(2) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด **ไม่เกิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)ต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)ต่อสัปดาห์** สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน **(กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตหรือมีการปลูกถ่ายไตก่อนการเป็นผู้ประกันตนให้มีสิทธิปลูกถ่ายไตและยากดภูมิคุ้มกัน)**

(3) กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 6.1(1) และ 6.1(2) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)ต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

6.2 การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

- (1) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน **เว้นแต่** ภายในเดือนแรกที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ 750 บาท(เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน
- (2) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต หากการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรล้มเหลวให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ตามอัตรา ข้อ 6.1(1)
- (3) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกัน ไม่เกิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

6.3 การปลูกถ่ายไต

- ก. ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติให้มีสิทธิก่อนการปลูกถ่ายไตและจะต้องปลูกถ่ายไตที่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลดังกล่าว จะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด ดังนี้

1) คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

1.1 ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และกำลังได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ภายใต้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไตของสำนักงานประกันสังคม

- 1.2 อายุไม่ควรเกิน 60 ปี
 - 1.3 ไม่มี Active infection
 - 1.4 ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV
 - 1.5 ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
 - 1.6 ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาดมานานกว่า 3 ปีขึ้นไป
 - 1.7 ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease, Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น
 - 1.8 ไม่มี Persistent coagulation abnormality
 - 1.9 ไม่มี Psychiatric disorder
 - 10.1 ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
2. **คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)**
- 2.1 อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี และไม่ควรมียายุเกิน 60 ปี
 - 2.2 ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ไม่มีมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
 - 2.3 ไม่เป็นโรคเบาหวาน
 - 2.4 ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง
 - 2.5 มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อ 24 ชั่วโมง
 - 2.6 มีค่า Creatinine clearance มากกว่า 80 ml/min 1.73 m²

2.7 ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า 35)

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

2.9 Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV

2.10 ต้องมี Informed consent

2.11 ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน

2.12 ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภา

2.13 ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

3. คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Cadaveric donor) ให้เป็นตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมและตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข. สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลัก ในการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลอย่างน้อย 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่าย ในการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ปีที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย

ค. ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามข้อ 6.3ง.(3) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลักการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา ขาดภูมิคุ้มกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับขาดภูมิคุ้มกันและอื่น ๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาล ที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

ง. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต ดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีดังนี้ ค่าเตรียมผู้บริจาคในอัตรา 32,800 – 40,000 บาทต่อราย ค่าเตรียมผู้รับบริจาคไม่เกินอัตรา 40,000 บาทต่อราย ค่าตรวจเลือดทุกๆ 3 เดือน จ่ายในอัตราครั้งละ 1,800 บาทต่อราย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ทั้งนี้ ให้ครอบคลุมรายการตรวจประเมินของผู้ประกันตนและผู้บริจาคไตดังนี้

Pre-transplantation evaluation

Donor

- การตรวจร่างกายและการตรวจทางจิตเวช
- Blood tests
- Urine study
- Viral study
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- HIV
- CMV (IgG, IgM)
- 24-hour trine protein, Ccr
- CXR
- IVP or ultrasound
- HLA Typing
- Renal angiogram, MRA,CT

Recipient

- การตรวจร่างกายและการตรวจทางจิตเวช
- Blood tests
- Urine study (ถ้ามี Urine)
- Viral study
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- HIV
- CMV (IgG,IgM)
- CXR
- EKG
- HLA Typing

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามโปรโตคอล (Protocol) ในภาวะปกติในอัตรา 143,000 – 292,000 บาทต่อราย และภาวะแทรกซ้อนในอัตรา 23,000 – 493,000 บาทต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไตเป็นเวลา 60 วันนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตรวมทั้งรักษาภาวะการสัดไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปีนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3. ค่าใช้จ่ายหลังจากปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามประกาศฉบับนี้ โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกันเหมาจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

ปีที่ 1	เดือนที่ 1-6	เดือนละ 30,000 บาท
	7-12	เดือนละ 25,000 บาท
ปีที่ 2	เดือนที่ 1-6	เดือนละ 20,000 บาท
ปีที่ 3	เป็นต้นไป	เดือนละ 15,000 บาท

หมายเหตุ กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยอันเนื่องมาจากมีภาวะแทรกซ้อนให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ 30,000 – 41,260 บาทต่อราย

กรณีผู้ประกันตนได้รับอนุมัติสิทธิประโยชน์กรณีปลูกถ่ายไต แต่ไปรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคมจะไม่ได้รับสิทธิค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไต ตามข้อ 6.3 ง (2)

จ. สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) กลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร
- (2) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์
- (3) เสียชีวิต

จ. ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังคงใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไต โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

7. กรณีที่ผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตก่อน วันที่ 5 ธันวาคม 2547 ซึ่งเป็นวันที่เริ่มประกาศให้สิทธิกรณีปลูกถ่ายไต และอยู่ในระหว่างการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ถือเป็นผู้มีสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไตตามข้อ 6.3 ง (3) ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามข้อ 2. และข้อ 4.2 เพื่อให้ได้รับการพิจารณาตามข้อ 5.

8. กรณีการให้ยา Erythropoietin

8.1 ผู้ประกันตนที่มีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต้องเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติจากเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีบำบัดทดแทนไต

8.2 ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า 39% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถขอเบิกค่ายาตามข้อ 8.3 ข้อ 8.6 และข้อ 8.7

8.3 สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องให้อายุรแพทย์โรคไตประจำหน่วยบริการออกหนังสือรับรองตามแบบสำนักงานประกันสังคมที่กำหนด

8.4 ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีการให้ยา Erythropoietin จะต้องยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/ สาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ ทั้งนี้ จะต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบคำขอดังต่อไปนี้

1) แบบขอรับคำบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

2) หนังสือรับรองการขอรับยา Erythropoietin ตามข้อ 8.3

8.5 ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 8.2 และข้อ 8.4 ให้ผู้ประกันตนตามข้อ 8.1 มีสิทธิรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin และได้รับการอนุมัติจากเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมาย

8.6 สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

1) กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือต่ำกว่า 33% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า 4000 IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 1,125 บาท

2) กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่า 33% แต่ไม่เกิน 36% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า 2000 IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท

ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่า 39% ไม่มีสิทธิเบิกจ่ายยา Erythropoietin ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

8.7 สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกินแต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้กับสถานพยาบาลในอัตรา
เพิ่มละ 50 บาทต่อครั้ง

เอกสารประกอบการยื่นคำขอบำบัดทดแทนไต

- แบบคำขอรับคำบำบัดทดแทนไต (สปส. 2-18)
- สำเนาเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ผลการตรวจไตตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขฯ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- หนังสือรับรองจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา
- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- หนังสือรับรองการขอรับยาอีริโทรโปอิติน (Erythropoietin) เฉพาะผู้ที่ขอรับยาอีริโทรโปอิติน
เท่านั้น

เอกสารประกอบการยื่นคำขอการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต

- แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต (สปส. 2-18/2)
 - สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และ
สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
 - สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ใบรายงานการผ่าตัด คำสั่งการรักษาของแพทย์
คำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกัน ใบสรุปประวัติการรักษา ใบบันทึกรายงานผลการรักษาของอายุร
แพทย์โรคไตและศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เป็นต้น
 - ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตจากอายุรแพทย์โรคไต หรือใบรับรองแพทย์หลังปลูกถ่าย
ไต และอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
 - สำเนาบัตรประชาชน
 - สำเนาสมุดคู่มือแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไต กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
เล่มสุดท้ายของผู้ประกันตนตั้งแต่หน้า 1- หน้าที่ยบันทึกการฟอกเลือดฯ ครั้งสุดท้าย
-

