



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin เพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ให้ใช้ความดังต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือ
เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

“(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
(Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) และ
ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ศาสตราจารย์

(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต
ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙

๑. บทนิยาม

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไตเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อปกติได้ การบำบัดทดแทนไตมี ๓ วิธี คือ

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD)

มี ๓ แบบ คือ

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

(ข) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิ่ง (Chronic Cycling Peritoneal Dialysis = CCPD)

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

(๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปีปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไตเป็นเดือนแรก

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. ถึง ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

(ข) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกลดลง 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

สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation
สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	≤ 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.724} (0.724)^{Age}$
	> 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.208} (0.724)^{Age}$
ชาย	≤ 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.412} (0.724)^{Age}$
	> 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.208} (0.724)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ<๑๘ ปี)

สูตรใหม่ $GFR (ml/min/1.73 m^2) = (0.413 \times \text{Height in cm}) / \text{Creatinine in mg/dl}$
--

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับบำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

๑) มีประวัติเป็นโรคไต หรือภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerular nephritis) โรคนิ่ว (Stones) และ

๒) ต้องมีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน จนถึงวันที่ยื่นเรื่อง และ

๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๔ cm ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ ตามข้อ ๔.๑ ให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน เว้นแต่ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ วันเริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรก แล้วแต่กรณีดังกล่าวเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หรือให้มีสิทธิเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการวางท่อรับส่งน้ำยาสำหรับล้างช่องท้อง ตั้งแต่วันที่ผลการตรวจระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

สำหรับการขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกันกับการขอรับสิทธิกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรได้ และเมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความจำเป็นเหมาะสมที่จะเริ่มรับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ประกันตนจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอเริ่มใช้สิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ประสงค์จะใช้สิทธิเพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมีเอกสารประกอบการยื่นคำขอเพื่อเริ่มใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอเริ่มใช้สิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต โดยอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกันจากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (ในกรณีไม่มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ประสงค์ใช้สิทธิ)

๕. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณี โดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ก) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ประกันตนเสียชีวิตหรือเข้าข่าย หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีช็อก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในหึ่ง ICU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

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

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ค) กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตน ได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องเตรียมเส้นเลือดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ ๑ ครั้ง

(ก) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินวันละ ๗๕๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืน จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ข) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตนได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องทำการวางท่อรับส่งน้ำยาล้างช่องท้อง สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๓) การปลูกถ่ายไต

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

(ข) 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) ตามหลักเกณฑ์

ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

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 ml/min ๑.๗๓ ตารางเมตร

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

(ค) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย และต้องได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์โรคไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ง) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ใน ๕ (๓) (จ) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาทดแทนภูมิคุ้มกัน ยาทดแทนภูมิคุ้มกัน และอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการปลูกถ่ายไต และระหว่างปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต โดยเหมาจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายไต ๑ ครั้งตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
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. ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	๔๐,๐๐๐
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	๑. ค่าตรวจ panel reactive antibody ทุก ๓ เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ	๑,๘๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด		
๓.๑) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม พลุถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 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
Protocol-II ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม พลุถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 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
Protocol-III ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม พลุถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 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 2 doses ๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๘๗,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol-IV ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลุกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x 2 doses ๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๙๒,๐๐๐
๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACRA (acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณี ที่มีภาวะ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของ สมาคมปลุกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๒๓,๐๐๐
Protocol ACR-B (refractory acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มี ภาวะ refractory acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทาง ของสมาคมปลุกถ่ายอวัยวะ แห่งประเทศไทย	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 ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๔๙๓,๐๐๐
Protocol AMRA (antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มี ภาวะ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของ สมาคมปลุกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๖. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๗. ค่าสาย double lumen catheter ๘. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-C)	๓๔๐,๐๐๐

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

(ฉ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกัน ยาเคมีคุ้มกัน เหมากจ่ายในอัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๑๕,๐๐๐ 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) กรณีการขยายหลอดเลือดไตโดยการใส่บอลูนอย่างเดียว ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท

๒.๑.๒.๒) กรณีต้องใส่ Stent ร่วมกับการขยายหลอดเลือดไตโดยการใส่บอลูน 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 เหมากจ่าย 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 เหมากจ่าย ๑๙๐,๘๘๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๔) ภาวะการติดเชื้อรา Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท

๒.๔.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหมากจ่าย ๓๔๕,๒๒๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๕) ภาวะการติดเชื้อราอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericinB)

๒.๕.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท

๒.๕.๒) ค่ายาด้านเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

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

๒.๗) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามตารางค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการรักษาหลังปลูกถ่ายไต และมีภาวะแทรกซ้อน ตามข้อ ๓.๒ แผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR-A, ACR-B, AMR-A และ AMR-B

(ข) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลง นับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

๑) กลับเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาอย่างถาวร

๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

๓) เสียชีวิต

(ข) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาอย่างถาวรจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ณ) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว ต่อมาไต ที่เปลี่ยนไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไตใหม่ได้ ทั้งนี้ สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๖. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วโดยมิได้ใช้สิทธิประกันสังคม ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไต และจะต้องขอรับการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาคุมกัม และรับยาคุมกัมในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ใน ๒ และ ๓ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

๗. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ใน ๗ (๓) และ ๗ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิต ในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคาขายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละหนึ่งพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคาขาย Erythropoietine ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินสองพันสองร้อยห้าสิบบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

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

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

(๔) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจ่ายยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคาขาย Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๘. กรณีที่สำนักงานประกันสังคม เห็นว่าผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีปลูกถ่ายไต และกรณียา Erythropoietin สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง ราคา ยา Erythropoietin

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงรายการและราคา ยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ให้มีความเหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นและเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๙ (๕) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สำนักงานประกันสังคม จึงออกประกาศดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ราคา กลาง ยา Erythropoietin ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ข้อ ๓ ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินค่า ยา Erythropoietin ได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาและตามรายการยาที่กำหนด ดังนี้

๓.๑ รายการยาที่สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยผู้ประกันตนไม่ต้องร่วมจ่าย

รายการยา	ขนาดของยา	ราคา ยา (บาท)	ปริมาณยาที่มีสิทธิได้รับโดยไม่ต้องร่วมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖ %	กรณีที่มี Hct มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ %
๑. Hemax	๒,๐๐๐ U	๒๘๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๕๖๐	๒ เข็ม/สัปดาห์	๑ เข็ม/สัปดาห์
๒. Eporon	๒,๐๐๐ U	๑๙๐	๕ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๐๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๓. Epokine	๒,๐๐๐ U	๑๗๕	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๕๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์

รายการยา	ขนาดของยา	ราคา (บาท)	ปริมาณยาที่มีสิทธิได้รับโดยไม่ต้องร่วมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖ %	กรณีที่มี Hct มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ %
๔. Espogen	๒,๐๐๐ U	๑๘๐	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๕๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๕. Epiao	๒,๐๐๐ U	๑๓๕	๘ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๒๗๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๖. Renogen	๔,๐๐๐ U	๒๗๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๗. Hema-Plus	๒,๐๐๐ U	๑๗๐	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๓๕	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๘. NESP	๒๐ mcg	๑,๕๐๐	-	๑ เข็ม/๒ สัปดาห์
	๓๐ mcg	๒,๒๕๐	๑ เข็ม/๒ สัปดาห์	-

รายการที่ ๑ - ๘ ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินตามรายการ และขนาดของยาที่กำหนด สำหรับรายการยาลำดับที่ ๘. NESP กรณีที่มีระดับความเข้มข้นของโลหิตน้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖ % สามารถเบิกยาขนาด ๓๐ mcg ได้ในอัตรา ๒,๒๕๐ บาทต่อ ๒ สัปดาห์ และกรณีที่มีระดับ ความเข้มข้นของโลหิตมากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ % สามารถเบิกยาขนาด ๒๐ mcg ได้ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาท ต่อ ๒ สัปดาห์

๓.๒ รายการยาที่สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยผู้ประกันตนร่วมจ่าย

รายการยา	ขนาดของยา	ราคา (บาท)	ราคาที่ยานี้สำนักงานประกันสังคมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖%	กรณีที่มี Hct มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙%
๑. Eprex	๒,๐๐๐ U	๗๓๐	๑,๑๒๕ บาท/สัปดาห์	๗๕๐ บาท/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๑,๔๑๕		
๒. Recormon	๒,๐๐๐ U	๖๗๗	๑,๑๒๕ บาท/สัปดาห์	๗๕๐ บาท/สัปดาห์
	๕,๐๐๐ U	๑,๖๒๘		
๓. Mircera	๗๕ mcg	๖,๒๑๔	๔,๕๐๐ บาท/๔ สัปดาห์	๓,๐๐๐ บาท/๔ สัปดาห์
	๑๐๐ mcg	๑๑,๕๔๒		

ข้อ ๔ ภายใต้บังคับแห่งข้อ ๗ ตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการ บำบัดทดแทนไตแบบท่ายประคาศณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ สถานพยาบาลต้องจัดหา Erythropoietin ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓.๑ รายการหนึ่งรายการใด ตามรายการที่ ๑ ถึงรายการที่ ๘ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยา โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้ยา Erythropoietin ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓.๒ รายการที่ ๑ ถึงรายการที่ ๓ ให้เป็นความตกลงระหว่างแพทย์กับผู้ประกันตน โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาควรให้ข้อมูลการใช้ยา และผู้ประกันตนต้องสนใจและยินดีร่วมจ่ายค่ายาส่วนเกิน โดยให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ายาจากผู้ประกันตน ได้เฉพาะค่ายาส่วนเกินจากอัตราที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม แต่รวมแล้วต้องไม่เกินกว่า ราคาที่กำหนดในประกาศนี้

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พัชรา ธาระ

(นางพัชรา ธาระ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

แนวปฏิบัติการการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการให้ยา Erythropoietin ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์
โดยใช้โปรแกรมที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) กำหนด

1. ค่า Hematocrit (Hct) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือ ค่า Hct ต่ำสุดของสัปดาห์ที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากสถานพยาบาลในแต่ละครั้งที่ได้บันทึกไว้ กรณีในครั้งที่เบิกไม่ได้มีการตรวจค่า Hct จะใช้ค่า Hct ในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน และหากสถานพยาบาลไม่ได้มีค่า Hct ประกอบการเบิก สถานพยาบาลจะไม่มีสิทธิเบิกค่ายา Erythropoietin ในครั้งนั้น
2. รายการยาที่เบิกต้องเป็นรายการที่อยู่ในประกาศราคากลางยาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น และราคาขายที่สถานพยาบาลเบิก หรือเรียกเก็บส่วนเกินผู้ประกันตนต้องไม่สูงกว่าราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
3. การคำนวณจำนวนครั้งเพื่อจ่ายค่าฉีดยา ให้นำตามจำนวนครั้งการใช้ยาในแต่ละสัปดาห์ที่ตั้งเบิก โดยจ่ายค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยสถานพยาบาลต้องมีการบันทึกชนิด ขนาด และราคาของยา Erythropoietin และจำนวนครั้งที่ฉีดตามโปรแกรมที่ สทส.กำหนด รายการยาที่ไม่มีอยู่ในรายการตามประกาศสถานพยาบาลสามารถบันทึกเพิ่มเติมได้ แต่จะไม่ได้รับการสนับสนุนค่ายายกเว้นหากผู้ประกันตนมีค่า Hct ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดจะสามารถเบิกเฉพาะค่าฉีดยาได้
4. กรณีในช่วงสัปดาห์เดียวกัน ผู้ประกันตนได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ประกันสังคมกำหนดมากกว่า 1 แห่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ตามลำดับการให้ยา แต่หากสถานพยาบาลส่งข้อมูลช้ากว่าวันตัดข้อมูลในงวดนั้น สถานพยาบาลจะได้รับค่ายาตามวงเงินต่อสัปดาห์ที่เหลือ (ถ้ามี)
5. กรณียา Erythropoietin ที่กำหนดอัตราเป็นต่อ 2 สัปดาห์ หรือ ต่อ 4 สัปดาห์ จะนับรอบสัปดาห์ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยแบ่งจ่ายภายใต้เพดานวงเงินต่อสัปดาห์ และยกยอดเบิกที่เหลือไปคำนวณจ่ายภายใต้เพดานวงเงินของสัปดาห์ถัดไป (จนครบ 2 หรือ 4 สัปดาห์ตามแต่ชนิดของยา) ดังนั้นเพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุด **สถานพยาบาลควรเริ่มต้นฉีดยา Erythropoietin ที่กำหนดอัตราเป็นต่อ 2 สัปดาห์ หรือต่อ 4 สัปดาห์ ในการฟอกเลือดครั้งแรกของสัปดาห์ที่แนะนำให้เริ่มต้นฉีดยา** ตามตารางแนบท้ายเอกสารฉบับนี้

ตารางกำหนดสัปดาห์ในการฟอกเลือดและรอบระยะเวลาการส่งข้อมูล (16 พฤษภาคม - 31 ธันวาคม 2559)

[1] สัปดาห์ที่	[2] วันที่ให้บริการ	[3] เลขงวด	[4] วันตัดข้อมูล	[5] วันออก Statement	[6] วันปิดรับ คำขอเบิก	[7] วันส่งคำขอเบิก ให้ สปส.
188 ^{2,4}	16 - 22 พ.ค.59	S160601	16 มิ.ย. 59	17 มิ.ย. 59	23 มิ.ย. 59	24 มิ.ย. 59
189	23 - 29 พ.ค.59					
190 ²	30 พ.ค. - 5 มิ.ย.59	S160602	1 ก.ค. 59	4 ก.ค. 59	8 ก.ค. 59	11 ก.ค. 59
191	6 มิ.ย. - 12 มิ.ย.59					
192 ^{2,4}	13 - 19 มิ.ย.59	S160701	21 ก.ค. 59	22 ก.ค. 59	28 ก.ค. 59	29 ก.ค. 59
193	20 - 26 มิ.ย.59					
194 ²	27 มิ.ย. - 3 ก.ค.59	S160702	1 ส.ค. 59	2 ส.ค. 59	8 ส.ค. 59	9 ส.ค. 59
195	4 ก.ค. - 10 ก.ค.59					
196 ^{2,4}	11 ก.ค. - 17 ก.ค.59					
197	18 ก.ค - 24 ก.ค.59	S160801	16 ส.ค. 59	17 ส.ค. 59	23 ส.ค. 59	24 ส.ค. 59
198 ²	25 ก.ค - 31 ก.ค.59					
199	1 - 7 ส.ค.59	S160802	1 ก.ย. 59	2 ก.ย. 59	8 ก.ย. 59	9 ก.ย. 59
200 ^{2,4}	8 - 14 ส.ค.59					
201	15 - 21 ส.ค.59	S160901	16 ก.ย. 59	19 ก.ย. 59	23 ก.ย. 59	26 ก.ย. 59
202 ²	22 - 28 ส.ค.59					
203	29 ส.ค. - 4 ก.ย.59	S160902	3 ต.ค. 59	4 ต.ค. 59	10 ต.ค. 59	11 ต.ค. 59
204 ^{2,4}	5 ก.ย. - 11 ก.ย.59					
205	12 - 18 ก.ย.59	S161001	17 ต.ค. 59	18 ต.ค. 59	25 ต.ค. 59	26 ต.ค. 59
206 ²	19 - 25 ก.ย.59					
207	26 ก.ย. - 2 ต.ค.59	S161002	1 พ.ย. 59	2 พ.ย. 59	8 พ.ย. 59	9 พ.ย. 59
208 ^{2,4}	3 ต.ค. - 9 ต.ค.59					
209	10 ต.ค. - 16 ต.ค.59					
210 ²	17 - 23 ต.ค.59	S161101	16 พ.ย. 59	17 พ.ย. 59	23 พ.ย. 59	24 พ.ย. 59
211	24 - 30 ต.ค.59					
212 ^{2,4}	31 ต.ค. - 6 พ.ย.59	S161102	1 ธ.ค. 59	2 ธ.ค. 59	9 ธ.ค. 59	12 ธ.ค. 59
213	7 พ.ย. - 13 พ.ย.59					
214 ²	14 - 20 พ.ย.59	S161201	16 ธ.ค. 59	19 ธ.ค. 59	23 ธ.ค. 59	26 ธ.ค. 59
215	21 - 27 พ.ย.59					
216 ^{2,4}	28 พ.ย. - 4 ธ.ค.59	S161202	3 ม.ค. 60	4 ม.ค. 60	10 ม.ค. 60	11 ม.ค. 60
217	5 ธ.ค. - 11 ธ.ค.59					
218 ²	12 ธ.ค. - 18 ธ.ค.59					
219	19 ธ.ค.59 - 25 ธ.ค.60	S170101	16 ม.ค. 60	17 ม.ค. 60	23 ม.ค. 60	24 ม.ค. 60
220 ^{2,4}	26 ธ.ค.59 - 1 ม.ค.60					

[1] สัปดาห์ที่ 1 นับตั้งแต่เริ่มการส่งข้อมูลด้วยโปรแกรมที่ สกส.กำหนด (15 ตค. 2555)

เลขสัปดาห์ ² = สัปดาห์ที่แนะนำให้เริ่มต้นฉีดยา Erythropoietin ที่กำหนดอัตราต่อ 2 สัปดาห์

เลขสัปดาห์ ⁴ = สัปดาห์ที่แนะนำให้เริ่มต้นฉีดยา Erythropoietin ที่กำหนดอัตราต่อ 4 สัปดาห์

[2] วันที่ให้บริการของสัปดาห์นั้น

[3] เลขงวดการคำนวณจ่าย = S(statement) + YY(ปี คศ.) + MM(เดือน) + งวด

[4] สกส.จะตัดข้อมูลเวลา 8.30 น. ของวันตัดข้อมูล (≥ 14 วัน นับจากวันสิ้นสุดสัปดาห์ที่ให้บริการ)

[5] สกส.จะส่ง statement ให้สถานพยาบาลก่อนเวลา 16.00 น. ของวันออก statement

[6] สกส.จะปิดรับคำขอเบิกเวลา 8.30 น. ของวันปิดรับคำขอเบิก (วันทำการที่ 4 หลังวันออก STM)

[7] สกส.ส่งคำขอเบิกให้ สปส.ภายในเวลา 16.00 น. ของวันส่งคำขอเบิก (1วันทำการหลังปิดรับคำขอเบิก)