



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีทุพพลภาพตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ และมาตรา ๗๐ แห่งพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๗ ของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๐
และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๗ ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ให้รวมถึงการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวน
หลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular access) และการให้ยาอีริโทรพัวิติน
(Erythropoietin) ในกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น เว้นแต่ผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียน
เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ให้ได้รับค่าบริการ
ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๓ ผู้ทุพพลภาพที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๐ อยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และยังคงมีสิทธิอยู่ในวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิ
ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายชาติริ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม ท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒)

๑. บทนิยาม

“การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)” หมายความว่า การขจัดของเสียและน้ำออกจากเลือด โดยเลือดจะออกจากตัวผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ แล้วผ่านตัวกรองซึ่งในตัวกรองจะมีเนื้อเยื่อที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองแล้วจะกลายเป็นเลือดดี และกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะถูกควบคุมด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปฏิทิน

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเป็นผู้ทุพพลภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 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) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

(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	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.204} (0.724)^{Age}$
ชาย	≤ 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.711} (0.724)^{Age}$
	> 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.204} (0.724)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ < 18 ปี)

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

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ทุพพลภาพที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานกำหนด จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ทุพพลภาพประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ทุพพลภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ทุพพลภาพได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับ บำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ทุพพลภาพ หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

(๑) มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) และ

(๒) 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 ให้มีผลเลือดถึงเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป

(๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๙ cm ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ ตามข้อ ๔.๑ ให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายแต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน

๕. ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

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

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

(ค) การอนุมัติค่าสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งชนิด 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. หรือ มีข้อบ่งชี้ที่จะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามข้อ ๒

ทั้งนี้ หากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ (ก) – (ค) ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ เว้นแต่ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกภายใน ๑๘๐ วันนับแต่วันที่เข้ารับบริการทางการแพทย์การเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์การเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ทุพพลภาพในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ทุพพลภาพได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปีนั้น ผู้ทุพพลภาพมีความจำเป็นต้องเตรียมหรือแก้ไขหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ทุพพลภาพในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ทุพพลภาพ โดยให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๖. ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณีโดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ทุพพลภาพเสียชีวิตหรือเข้าข่ายหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

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

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในห้อง ICU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ทุพพลภาพเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ทุพพลภาพ

ทั้งนี้ หากผู้ทุพพลภาพได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ทุพพลภาพตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

๗. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ทุพพลภาพที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ใน ๗ (๓) และ ๗ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

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

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาฉีดยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสัปดาห์ละเจ็ดร้อยห้าสิบบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศรายจ่าย Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อสองสัปดาห์หรือไม่เกินสามพันบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

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

(๔) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องจ่าย Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ทุพพลภาพประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้ จะต้องเป็นไปตามรายจ่าย Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๘. กรณีที่สำนักงานประกันสังคม เห็นว่าผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ทุพพลภาพ หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย
