



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin
กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin ซึ่งพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ หรือเข้ารับการบำบัดทดแทนไตและรับยา Erythropoietin เป็นประจำในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ ตามประกาศของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๘

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“ภัยพิบัติ” หมายความว่า อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย หรือธรณีพิบัติภัย ตลอดจนภัยอื่นๆ ไม่ว่าเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตหรือร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin ซึ่งพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ หรือเข้ารับการบำบัดทดแทนไตและรับยา Erythropoietin เป็นประจำในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ ตามประกาศของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

ข้อ ๓ ให้ผู้มีสิทธิที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ และไม่สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต หรือยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้มีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ หรือการให้ยา Erythropoietin มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยให้คณะกรรมการการแพทย์ หรือ

ผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย หรือเลขาธิการ หรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin แล้วแต่กรณี และให้มีอำนาจกำหนดวันเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์เกินกว่าสามสิบวันก่อนวันที่ผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตหรือการให้ยา Erythropoietin ทั้งนี้ ต้องไม่เกินประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๔ ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการให้ยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์แล้วแต่กรณี โดยระยะเวลาในการฟอกเลือดอาจน้อยกว่าครั้งละ ๔ ชั่วโมง และหรือน้อยกว่า ๒ ครั้งต่อสัปดาห์

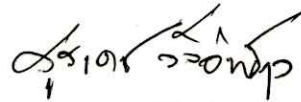
ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ หรือผู้มีสิทธิ ตามอัตราที่กำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๗ (๑) และข้อ ๙ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการให้ยา Erythropoietin และสถานพยาบาลตามข้อ ๔ เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินอัตราที่กำหนด หากผู้มีสิทธิมีเอกสารหลักฐานและได้แสดงเหตุผลความจำเป็นว่าไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล หรือผู้มีสิทธิ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท

ข้อ ๖ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ หรือผู้มีสิทธิ ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในข้อ ๗ (๔) (ฉ) แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๗ ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีบาดเจ็บทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และการให้ยา Erythropoietin ควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณา จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือผู้มีสิทธิ ตามคำแนะนำ ของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์



**แนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วย
เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ**

เนื่องจากสถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ ทำให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วย ด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับความเดือดร้อนและได้รับผลกระทบจากการประสพภาวะ ภัยพิบัติ เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว มติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ 14) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin และไม่สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต หรือยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์แล้วแต่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้มีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ หรือการให้ยา Erythropoietin โดยมีหนังสือแสดงการยื่นเรื่อง (สปส 2-18) ไว้แล้ว ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา โดยต่อมาคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายหรือเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบ ได้อนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin สามารถกำหนดวันเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์เกินกว่า 30 วัน ก่อนวันที่ผู้ประกันตนยื่นคำขอฯ แต่ทั้งนี้ ต้องไม่ก่อนประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

2. ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคมแล้ว และมีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ หรือเข้ารับการบำบัดทดแทนไตและรับยา Erythropoietin เป็นประจำในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และรับยา Erythropoietin ได้ในพื้นที่เดิมหรือจำเป็นต้องย้ายเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และรับยา Erythropoietin ในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อื่นซึ่งมิใช่สถานพยาบาลประจำ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด

3. พื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติ ได้แก่ พื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติตามประกาศของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

4. กรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้ยื่นเรื่องขอรับสิทธิกรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin เนื่องจากปัญหาภาวะประสพภัยพิบัติ และแพทย์ผู้รักษาเห็นว่าผู้ประกันตนเข้าข่ายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม และจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin เป็นการเร่งด่วน โดยต่อมาคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย ได้อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิ ต้องมีหลักฐานที่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล หรือศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย มีการติดต่อหรือประสานงานกับสำนักงานประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา บันทึกวันที่มีการติดต่อกับสำนักงานประกันสังคม และออกหนังสือรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน ให้อนุโลมเป็นผู้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด

5. กรณีการยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยระยะเวลาในการฟอกเลือดอาจน้อยกว่าครั้งละ 4 ชั่วโมง และหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่กำหนด ต้องมีเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

5.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุเหตุผลที่ไม่สามารถฟอกเลือดได้ครบตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือหนังสือรับรองของสถานพยาบาล (เอกสารแนบ 1)

5.2 หนังสือสอบข้อเท็จจริงกรณียื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ฯ (เอกสารแนบ 2)

5.3 หลักฐานประกอบการพิจารณาตามข้อ 5.1 และ 5.2 ต้องระบุถึงเหตุผลความจำเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถหาสถานพยาบาลที่ให้บริการและเรียกเก็บค่าบริการในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

6. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เกินอัตราที่กำหนด (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง) ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับความเดือดร้อนที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติ ตามข้อ 3 จะต้องแนบหลักฐานตามข้อ 5.1 และ 5.2

7. การยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์หลังปลูกถ่ายไต จะต้องหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลที่ตั้งเบิกว่าได้ให้การรักษาลูกป่วยจริง เนื่องจากผู้ประกันตนประสบภัยพิบัติหรือสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติประสบอุทกภัย

8. ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลโดยมีต้องส่งเรื่องหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย สำหรับการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1 – 7 ให้ส่งเรื่องถึงสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อนำเข้าหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย (ตามข้อ 7 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ ลงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2568)



เอกสารและหลักฐานประกอบการขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin กรณีการบำบัดทดแทนไต
และการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ

1. กรณีผู้ประกันตนที่ยื่นเรื่องขอรับสิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ หรือการให้ยา Erythropoietin แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการพิจารณาอนุมัติสิทธิ หรือยังไม่ได้ยื่นเรื่องขอรับสิทธิ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

- 1) แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตฯ สปส. 2-18
- 2) ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต

2. กรณีผู้ประกันตน ที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตแล้ว และผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ยื่นเรื่องเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต และกรณีให้ยา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

2.1 กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการให้ยา Erythropoietin

- 1) แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตฯ (สปส. 2-18), แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฯ (สปส. 2-18/1ก)
- 2) สำเนาใบบันทึกการรายงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต Hemodialysis Work Sheet
- 3) ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ (กรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล)

2.2 กรณีการดูแลหลังปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกัน

- 1) หนังสือรับรองของสถานพยาบาล ซึ่งระบุว่าสถานพยาบาลได้ให้การรักษาผู้ป่วยจริง เนื่องจากผู้ประกันตนประสบภัยพิบัติ หรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติสิทธิปลูกถ่ายไตประสบภัยพิบัติ
- 2) แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตของผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม

ทั้งนี้เฉพาะ ข้อ 2.2 ให้สถานพยาบาลส่งเรื่องเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ได้ที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

3. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมน้อยกว่าครั้งละ 4 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

3.1 แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต (สปส. 2-18/1ก) พร้อมหลักฐาน ประกอบการยื่นเรื่องตามที่ระบุ

3.2 ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ (กรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล)

3.3 ใบรับรองแพทย์และใบบันทึกการรายงานการฟอกเลือด (Hemodialysis Work Sheet) ซึ่งระบุเหตุผลความจำเป็นที่จะต้องฟอกเลือดน้อยกว่าครั้งละ 4 ชั่วโมง และหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

4. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตแล้ว หรือยังไม่ได้รับสิทธิ และผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลยื่นเรื่องเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกินอัตราที่กำหนด (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง)

เอกสาร...

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

4.1 แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไตฯ (สปส. 2-18) ,
แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฯ (สปส. 2-18/1ก)

4.2 ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุเหตุผลที่ไม่สามารถฟอกเลือดได้ครบตามเงื่อนไขที่กำหนด
หรือหนังสือรับรองของสถานพยาบาล (เอกสารแนบ 1)

4.3 หนังสือสอบข้อเท็จจริงกรณียื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ฯ (เอกสารแนบ 2)

4.4 หลักฐานตามข้อ 4.2 และข้อ 4.3 ที่ให้บริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต
หรือหลักฐานที่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่ส่งต่อ หรือศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย
มีการติดต่อประสานงาน และไม่สามารถหาสถานพยาบาลที่ให้บริการและเรียกเก็บค่าบริการได้ในอัตราที่กำหนด

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

มิถุนายน 2568

หนังสือรับรองของสถานพยาบาล

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ขอรับรองว่าผู้ประกันตน นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

เข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่สถานพยาบาล.....จริง และไม่สามารถเข้ารับ
บริการทางการแพทย์☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม☐ ยา Erythropoietin

ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดได้ เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

()

วันที่...../...../.....

หนังสือสอบข้อเท็จจริงกรณียื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์
กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin กรณีผู้ประกันตน
ที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาที่มีเหตุอันเกิดจากภัยพิบัติ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับผลกระทบ
ในภาวะภัยพิบัติ โดย

☐ ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แล้ว ตั้งแต่วันที่.....

☐ ยื่นเรื่องแล้ว แต่ยังไม่ได้รับสิทธิ โดยยื่นเรื่องที่เมื่อวันที่.....

ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../จังหวัด...../สาขา.....
/ลงทะเบียนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

☐ ยังไม่ได้ยื่นเรื่อง เนื่องจาก.....

โดยมีที่พักอาศัยปัจจุบันบ้านเลขที่.....
และเข้ารับบริการทางการแพทย์

☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

☐ ยา Erythropoietin

ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเป็นประจำที่สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่ที่จังหวัด.....เนื่องจากได้รับผลกระทบในภาวะอุทกภัย ทำให้ต้องเข้ารับบริการดังกล่าว
ในสถานพยาบาลอื่นชื่อ.....ตั้งอยู่ที่จังหวัด.....

☐ เป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

☐ มิใช่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

มีความประสงค์ยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์

☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

☐ ยา Erythropoietin

โดยค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว

☐ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

☐ นอกเหนือหลักเกณฑ์ และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เนื่องจาก.....

โดยมีหลักฐานประกอบการยืนยันเบิกกรณีดังกล่าว ดังนี้

☐ สำเนาเอกสารส่งตัวจากสถานพยาบาล หรือศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยฯ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์
หรือหนังสือรับรองของสถานพยาบาล

☐ ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ (กรณีสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล)

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้ประกันตน)
()